Health Canada Santé Canada

Evaluation Group

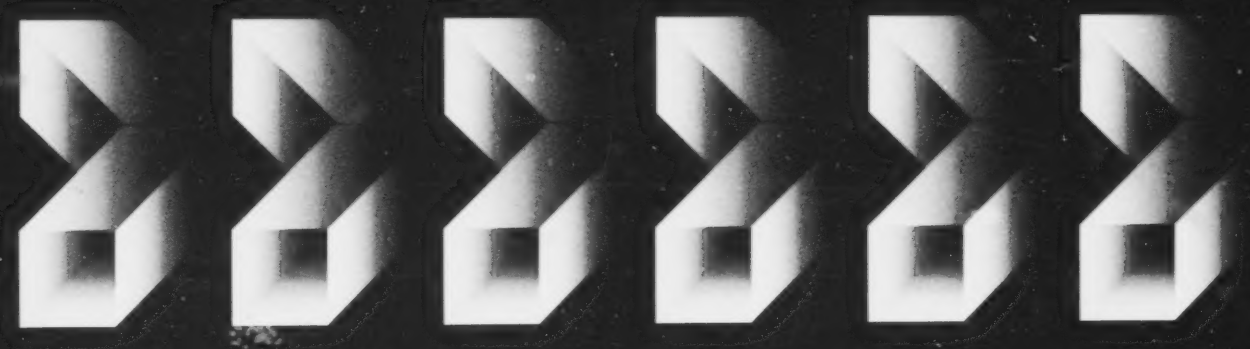
Strategic Planning and Review Directorate

Policy and Consultation Branch

Groupe de l'évaluation

Direction de la planification stratégique et de l'examen

Direction générale des politiques et de la consultation



ÉVALUATION DE LA COMPOSANTE RELEVANT DE SANTÉ CANADA DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE.

RAPPORT D'ENQUÊTE FINAL

decembre 1996

Canada

MISSION STATEMENT

The Evaluation Group helps Health Canada serve Canadians better by providing objective information and advice about the effectiveness of departmental activities and services.

ÉNONCÉ DE MISSION

Le Groupe de l'évaluation aide Santé Canada à mieux servir les Canadiens et les Canadiennes en offrant une information et des conseils objectifs sur l'efficacité des activités et des services du Ministère.

104-00774/

ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

SANTÉ CANADA

RAPPORT D'ENQUÊTE FINAL

à l'intention du Groupe d'évaluation
de la Direction de la planification stratégique
et de l'examen
Santé Canada

Jamieson, Beals Lalonde & Associates
Contrat n° H11021-6-09632

18 décembre 1996

This document has been prepared by Jamieson Beals Lalonde & Associates. The analysis, conclusions and recommendations in this document are those of Jamieson Beals Lalonde & Associates and do not necessarily reflect the views or policies of Health Canada or the Government of Canada.

Ce document a été préparé par Jamieson Beals Lalonde & Associates. L'analyse, les conclusions et les recommandations dans ce document sont celles de Jamieson Beals Lalonde & Associates et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou les politiques de Santé Canada ou du Gouvernement du Canada.

PRÉFACE

Nous présentons ici les résultats de tout le travail d'évaluation du rôle de Santé Canada dans le cadre de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue. L'enquête a eu lieu de mai à août 1996. Notre rapport se divise comme suit.

Partie I	Analyse des principaux documents ayant trait au rôle de Santé Canada dans la Phase II de la SCA.
Partie II	Analyse des ouvrages parus sur les programmes de prévention de la toxicomanie et sur les populations à risque élevé, au cours des cinq dernières années.
Partie III	Résultats de nos entrevues avec des partenaires externes de Santé Canada dans le cadre de la Phase II de la SCA, notamment des spécialistes, des partenaires provinciaux et des parties intéressées.
Partie IV	Résultats de nos entrevues avec des représentants de Santé Canada et de ses partenaires fédéraux.

L'information contenue dans ces rapports a étayé notre analyse et l'élaboration du rapport d'évaluation final.

VOLUME II

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE iv

PARTIE I : ANALYSE DOCUMENTAIRE 1

ANNEXES 67

A - SECTEURS D'ACTIVITÉ PRÉVUS POUR LA PHASE II 69

B - MÉCANISMES DE COORDINATION DE LA SCA À SANTÉ CANADA 74

C - PROJETS DE COORDINATION DE LA SCA 77

D - SITUATION ACTUELLE DES SERVICES DE LA SCA À SANTÉ CANADA 81

E - PERSONNES-RESSOURCES POUR L'ANALYSE DOCUMENTAIRE, L'EXAMEN DES RESSOURCES ET L'EXAMEN DE LA BASE DE DONNÉES 83

F - EXAMEN DE LA BASE DE DONNÉES DE SANTÉ CANADA POUR LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE 84

G - GUIDE D'ANALYSE DOCUMENTAIRE 90

PARTIE II : ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE 95

PARTIE III : ENTREVUES AVEC LES PARTENAIRES EXTERNES - RAPPORT 127

ANNEXE TECHNIQUE 141

A. Liste des répondants 142

B. Guide d'entrevue 146

PARTIE IV : ENTREVUES AVEC DES REPRÉSENTANTS DE SANTÉ CANADA ET DES PARTENAIRES FÉDÉRAUX 151

ANNEXE TECHNIQUE 183

A. Liste des représentants de Santé Canada et des partenaires fédéraux rencontrés en entrevue 184

B. Guide d'entrevue 189

PARTIE I : ANALYSE DOCUMENTAIRE

18 décembre 1996

Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc.

I. INTRODUCTION

Objet

L'analyse documentaire sert à

- s'assurer que les membres de l'équipe du projet ont tous la même perspective et une perspective actuelle sur la Phase II de la SCA;
- nous aider à cerner les questions d'évaluation dignes d'approfondissement;
- nous aider à structurer l'analyse bibliographique et les guides d'entrevue;
- fournir des données préliminaires sur les questions d'évaluation.

Rappelons que ce rapport ne décrit pas, et n'était pas censé décrire, complètement et dans le détail l'ensemble des activités de Santé Canada dans le cadre de la Phase II de la SCA. Il est plutôt un outil de travail pour l'équipe d'évaluation au début de l'étude. Il est censé fournir un premier aperçu des activités de la SCA avant l'étape d'étude sur le terrain. Le personnel du programme de la SCA de Santé Canada a eu la possibilité d'examiner ce document et de faire part de ses observations, étant entendu que le contenu du document sera encore vérifié au cours du travail sur le terrain, c'est-à-dire que les entrevues viendront combler les lacunes, confirmer et clarifier l'évolution de la situation et les questions cernées durant l'analyse documentaire et fournir un contexte utile.

Rappelons également que, étant donné les remarques des représentants de Santé Canada consultés au cours des entrevues préliminaires, le rapport d'examen à mi-parcours de la contribution de Santé Canada à la SCA[1] risque, pour toutes sortes de raisons, de ne pas tout à fait traduire avec exactitude la situation de la SCA. L'examen à mi-parcours a été effectué au début de 1994 et il portait surtout sur les questions de processus et d'application, dont beaucoup renvoyaient à des problèmes de coordination. Certains agents de programme de Santé Canada estiment que cet examen était un peu prématuré et ne traduit donc pas les progrès effectués dans divers secteurs. Lorsque nous avons analysé le rapport d'examen à mi-parcours, nous avons tenu compte de ces remarques. Les questions soulevées dans le rapport d'examen à mi-parcours et que nous rappelons ici seront approfondies au cours du travail sur le terrain : on pourra ainsi en vérifier l'exactitude et la pertinence.

---

[1] Santé Canada, Groupe d'évaluation, Direction générale des politiques et de la consultation, *Examen à mi-parcours de la contribution de Santé Canada à la Stratégie canadienne antidrogue*, juin 1995.

Le processus d'analyse documentaire

On a procédé à une analyse documentaire à trois endroits : le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance (Direction générale de la promotion et des programmes de la santé), la Division du soutien des programmes de santé (Direction générale des services médicaux, DGSM) et le Bureau de la surveillance des médicaments (Direction générale de la protection de la santé). Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et le PNRDS (DGPPS) ont également soumis de la documentation.

Étant donné les contraintes de temps et de déplacement et les ressources limitées, nous avons essayé d'aborder autant d'éléments que possible de la contribution de Santé Canada à la SCA. Il n'a cependant pas été possible de toucher les secteurs suivants :

Bureau de la recherche sur les médicaments (DGPS)
Opérations régionales (DGPS)
Bureaux régionaux (DGPPS)
Service de l'éducation et de la formation (DPS) (nom d'origine)
Service des études (DPS) (nom d'origine)
Division de la promotion des programmes (nom d'origine)

Nous avons rencontré des représentants de chacun de ces secteurs au cours de l'évaluation (voir l'annexe E de la Partie I et l'annexe A de la Partie IV). On leur a parfois demandé de fournir certains documents : on a, par exemple, demandé à certains groupes d'apporter de la documentation financière sur l'affectation des ressources destinées aux populations visées.

Structure du rapport

Le rapport est structuré en fonction des questions d'évaluation. On y trouve un résumé des faits tirés de la documentation (ainsi que les renseignements supplémentaires fournis par les employés de Santé Canada au cours de l'analyse documentaire), une analyse préliminaire des résultats, une définition des questions à approfondir au cours de l'évaluation et les grandes lignes des «prochaines étapes» du processus d'évaluation.

II. RÉSULTATS

Amélioration des programmes

√ Comment la Stratégie canadienne antidrogue était-elle censée consolider les programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle de SC?

Données documentaires

D'après la DP, la SCA devait permettre d'améliorer les programmes au moyen de quatre stratégies : un meilleur ciblage, une meilleure coordination, une meilleure information et l'affectation des ressources[2].

Dans le cadre de la délimitation des populations à risque, la Phase II devait permettre d'élargir les partenariats dans le secteur de la toxicomanie, dans la perspective d'une réduction des méfaits. C'était jugé indispensable pour répondre aux besoins des groupes à risque.

Ces quatre stratégies ont été «opérationnalisées» en secteurs d'activité précis pour Santé Canada dans le cadre de la SCA : voir le mémoire au Cabinet, la présentation au Conseil du Trésor et le Cadre d'évaluation de SBSC[3] élaboré en 1992. De plus, la Direction de la promotion de la santé a procédé à un exercice de planification stratégique qui a permis de définir plus précisément les secteurs d'activité de la SCA. On trouvera à l'annexe A des tableaux comparatifs de ces secteurs d'activité indiquant les activités qui semblent avoir été entreprises et les changements prévus au cours de la Phase II.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

SC a mis en oeuvre chacune de ces stratégies pour consolider les programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle. En règle générale, les activités énumérées dans la présentation au Conseil du Trésor semblent avoir été entreprises.

---

[2] Plutôt que de résumer le MC ou la présentation au CT, nous nous sommes appuyés sur la DP car elle indique que le groupe de travail sur l'évaluation et le groupe de travail sur les programmes (de concert avec le SSCA) ont «reconstruit» les idées contenues dans le MC et les présentations au CT.

[3] Santé et Bien-être social Canada, Division de l'évaluation des programmes, *Cadre d'évaluation de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue*, mars 1993.

Question possible : Dans quelle mesure ces stratégies ont-elles permis de consolider les programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle?

Pour faire le point

Au cours des entrevues, il faudra demander aux répondants comment ils comprennent ces stratégies, en quoi elles sont censées permettre de consolider les programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle et dans quelle mesure cet objectif s'est concrétisé.

√ Quels changements, s'il y a lieu, a-t-on apporté aux programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle dans le cadre de la SCA?

Que nous dit la documentation?

La prévention

Un meilleur ciblage

Le principal changement relatif aux programmes de prévention a trait au ciblage des mesures en fonction des populations à risque. En voici les principaux aspects :

- Ciblage de la majorité des programmes et mesures de réduction de la demande en fonction de groupes à risque précis.
- Élaboration et officialisation de partenariats et de réseaux larges en vue d'une coordination et d'une collaboration dans le cadre de l'élaboration de programmes de prévention et de stratégies de réduction de la demande à l'intention de groupes à risque précis.
- Élaboration d'un meilleur système d'information sur les programmes à l'intention des populations visées (ressources et programmes actuels et moyens permettant de toucher les groupes à risque).
- Amélioration du système d'information sur le «contexte général» de la toxicomanie au Canada pour y englober les populations à risque : les jeunes, les femmes, les personnes âgées, les Autochtones vivant en milieu urbain et les contrevenants primaires et récidivistes coupables de conduite avec facultés affaiblies.

Une meilleure coordination

On a observé des degrés divers de coordination et de collaboration dans le cadre de la Phase II : un certain degré de coordination à l'échelle régionale et communautaire dans le cadre du Programme de soutien communautaire; excellente coordination à l'échelle de la Direction générale (DGPPS) concernant l'élaboration de politiques et de programmes; un certain degré de coordination à l'échelle du Ministère concernant certaines questions administratives et législatives; coordination fédérale-provinciale-territoriale concernant les questions relevant de la recherche, des politiques et des programmes; excellente coordination et collaboration à l'échelle nationale entre les représentants des populations visées et ceux qui participent à l'élaboration des politiques et des programmes de lutte contre la toxicomanie[4]; excellente coordination interministérielle dans certains domaines administratifs; excellente coordination interministérielle concernant les questions internationales. Voir, aux annexes B et C, la liste des mécanismes de coordination élaborés dans le cadre de la Phase II de la SCA.

Une meilleure base d'information

La Phase II semble avoir permis d'améliorer la base générale d'information sur la toxicomanie au Canada. Il s'agit en particulier de l'élaboration de l'Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues, de l'étude sur le coût de la toxicomanie au Canada et du Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies. Voir également, à l'annexe E, le rapport d'examen des bases de données.

Les ressources

Selon le rapport d'examen à mi-parcours, les ressources de la Phase II ont été attribuées aux programmes de prévention, quoique dans une moindre proportion qu'à la Phase I (60 % contre 70 %).

---

[4] Le personnel du ministre nous a fait savoir que les ONG et les groupes d'action communautaire ont joué un rôle de premier plan en matière de coordination et de collaboration dans le cadre de la SCA.

L'exécution de la loi et le contrôle

Un meilleur ciblage

Quelques-unes des activités d'exécution de la loi et de contrôle de Santé Canada étaient destinées aux spécialistes de la santé, dans le but, par exemple, d'accentuer leur rôle dans la prévention de l'abus de drogues licites.

Une meilleure coordination

L'analyse documentaire n'a pas permis de déterminer dans quelle mesure on a pu améliorer la coordination, l'exécution de la loi et le contrôle ou en modifier les conditions dans le cadre de la SCA. (On fait remarquer, dans le rapport d'examen à mi-parcours, qu'à l'échelle interministérielle comme à l'échelle internationale, il existait déjà une bonne coordination entre les responsables des programmes d'exécution de la loi et de contrôle avant l'établissement de la SCA.)

Une meilleure base d'information

D'après les documents examinés, il semble que le système d'information administré par le BDD ait été amélioré dans le cadre de la SCA.

Les ressources

On a attribué des ressources aux programmes d'exécution de la loi et de contrôle dans le cadre de la Phase II. (Au moment où nous rédigeons ce rapport, nous n'avons pas tous les renseignements d'ordre financier à ce sujet.)

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

Le ciblage des mesures en fonction des populations à risque est manifestement le changement le plus important dans les programmes de prévention de la toxicomanie de Santé Canada. Cette mesure semble avoir eu des répercussions à la fois profondes et étendues du point de vue du nombre et de la portée des projets nationaux et locaux.

Rappelons que beaucoup des activités associées aux programmes d'exécution de la loi et de contrôle de Santé Canada ont, d'après ce que nous avons appris, été entreprises avant la Phase II de la SCA. On peut penser que Santé Canada a joué un rôle dans les aspects suivants de l'exécution de la loi et du contrôle : répercussions plus marquées sur les activités actuelles; meilleure collaboration à l'échelle du Ministère et sur le terrain (entre les responsables de la

prévention d'une part et de l'exécution de la loi et du contrôle d'autre part); effet (à l'échelle interministérielle) sur les questions d'exécution de la loi et de contrôle d'importance nationale et internationale ainsi que sur le ciblage éventuel de certaines activités à l'intention des populations à risque.

Pour faire le point

Les entrevues devront permettre de clarifier les répercussions du ciblage ainsi que des autres changements sur la coordination, l'amélioration du système d'information et l'affectation des ressources. Il est possible que certains facteurs importants ne relevant pas de la SCA aient suscité des changements dans les programmes de Santé Canada (coupures budgétaires, changements dans l'organisation, examen de programmes, etc.) : les entrevues devront permettre de les cerner.

√ Les programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle de Santé Canada sont-ils devenus plus rentables?

Que nous dit la documentation?

Les documents examinés ne nous ont rien appris à cet égard. Voir les questions relatives aux ressources.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

La rentabilité semble être l'un des objectifs sous-jacents du ciblage des programmes : le ciblage des ressources en fonction des populations à risque est plus rentable (notamment sur le plan financier) que la méthode «tous azimuts», où c'est toute la population qui est visée.

On n'a pas entretenu ni rendu facile d'accès le système d'information sur les ressources de la SCA. Il peut donc être difficile de se faire une idée juste sur la rentabilité des programmes d'après les seules données financières[5].

[5] La faisabilité d'une évaluation de la rentabilité des activités de la Phase II (comparativement, par exemple, à la Phase I) soulève beaucoup de difficultés méthodologiques; les entrevues permettront de réunir des données subjectives à ce sujet.

Pour faire le point

Notre capacité à répondre à cette question dépendra, du moins en partie, des données financières définitives que nous fournira Santé Canada. L'évaluation de la rentabilité sera quant à elle fonction des données subjectives fournies par les répondants.

√ Existe-t-il une hiérarchie redditionnelle claire à l'intérieur du Ministère eu égard aux projets de la SCA et de la stratégie globale de la SCA?

Que nous dit la documentation?

Les documents nous apprennent ce qui suit :

- Il n'existe pas d'organigramme à jour à l'égard des activités de la SCA à SC.
- D'après les documents examinés, une grande partie de l'infrastructure de coordination originale (SSCA, Comité directeur du SMA, Groupe de travail interministériel de la SCA) n'a jamais été démantelée pas plus qu'elle ne semble pas avoir eu d'activités récentes (les effectifs du SSCA ont été réduits en 1995, et le Secrétariat a été démantelé en mars 1996; le Comité directeur du SMA s'est, d'après ce que nous savons, réuni une seule fois (en juin 1996) depuis décembre 1994[6]; quant au Groupe de travail interministériel de la SCA, il ne semble pas s'être réuni depuis la fin de 1994[7]. La fonction de coordination interministérielle est désormais assumée par le BADQD.
- Santé Canada a subi des transformations structurelles importantes depuis le début de la Phase II, et la hiérarchie redditionnelle de la DGPPS et de la DGPS a considérablement changé.
- Étant donné la structure décentralisée de la DGSM, les bureaux régionaux ne rendent pas toujours compte des activités de la SCA aux responsables nationaux de la SCA. (Ils informent cependant les autres régions et le bureau national de leurs activités à l'occasion des réunions régionales des consultants du PNLAADA, deux ou trois fois par an.)

---

6 Selon le personnel du Ministère, le comité du SMA n'était censé se réunir qu'une fois ou deux par an. La prochaine réunion est prévue pour novembre 1996.

7 Selon le personnel du Ministère, le Groupe en tant que tel ne s'est pas réuni après 1994, mais un groupe plus restreint se serait réuni pour discuter des consultations relatives au renouvellement jusqu'en juillet 1995. Le Groupe de travail s'est réuni régulièrement depuis juin 1996.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

Malgré l'ampleur des changements structurels (au sein de la DGPPS et de la DGPS en particulier) et la disparition du SSCA, beaucoup des activités assumées par SC dans le cadre de la SCA ont été maintenues intactes. Voir, en annexe D, quelques données générales sur les services de SC qui s'occupent de la SCA à l'heure actuelle.

La SCA s'appuie sur une hiérarchie redditionnelle et décisionnelle au sein du Ministère et sur des relations hiérarchiques au sein des centres de responsabilité.

À la DGSM, les bureaux régionaux ne sont pas tenus de rendre compte régulièrement au bureau national de leurs activités liées à la SCA.

Question possible : *La transformation structurelle et les changements subséquents dans les structures hiérarchiques ont peut-être eu des répercussions sur les rapports hiérarchiques au sein de la SCA.*

Question possible : *La décision de ne pas exiger le renouvellement de la SCA a peut-être eu des répercussions sur les rapports hiérarchiques.*

Question possible : *La structure décentralisée de la DGSM a peut-être eu des répercussions sur les rapports hiérarchiques du projet.*

Pour faire le point

La question des relations hiérarchiques sera abordée dans les entrevues.

Un meilleur ciblage des programmes

√ Les cibles des programmes ont-elles changé dans le cadre de la SCA?

Que nous dit la documentation?

Oui, effectivement. Le mémoire au Cabinet indiquait que les populations à risque devaient être visées. D'après les documents examinés, on a effectivement procédé à une délimitation des populations à risque précises dans le cadre des programmes de la DGPPS et, jusqu'à un certain point, de ceux de la DGSM.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

DGPPS

Lors de l'exercice de planification stratégique qui a eu lieu à la fin de 1992, la DGPPS a redéfini les propositions du MC concernant les groupes visés[8] et a délimité cinq groupes cibles jugés à risque élevé dans le cadre de la SCA.

Question possible : *Dans quelle mesure les projets et les subventions et contributions ont-ils été centrés sur les cinq groupes cibles définis au cours de la planification stratégique? Quelle a été l'importance relative accordée à chaque population?*

DGSM

Oui, effectivement. On a créé un programme pour les Autochtones hors-réserve dans le cadre de la SCA. Mais on ne sait pas bien, pour l'instant, dans quelle mesure les programmes régionaux de la SCA à l'intention des populations autochtones des réserves ont bien visé les jeunes autochtones.

Question possible : *Dans quelle mesure les programmes régionaux de la SCA à l'intention des Autochtones des réserves ont-ils visé les jeunes autochtones?*

DGPS

Peut-être. Selon le personnel de la DGPS, certaines activités ont été orientées vers certaines populations, du moins jusqu'à un certain point. Le rapport d'examen à mi-parcours indique que, à la Direction générale, on avait déjà visé les professionnels de la santé avant la Phase II de la SCA.

Question possible : *Dans quelle mesure la DGPS a-t-elle délimité des groupes à risque dans le cadre de ses activités?*

---

[8] Les groupes cibles retenus sont également reliés à un processus national de consultation sur la Stratégie nationale antidrogue qui a eu lieu en 1991, avant l'approbation de la Phase II.

Pour faire le point

Les entrevues avec le personnel des programmes permettront de déterminer la mesure dans laquelle les populations à risque ont été visées dans le cadre de la SCA.

√ En quoi les cibles des programmes ont-elles changé?

Que nous dit la documentation?

DGPPS

Remarque : La DGPPS couvre deux secteurs d'activité principaux : 1) les activités à l'échelle nationale (ex. : éducation et formation, recherche, marketing social, élaboration conjointe de politiques et de programmes, coordination, coopération internationale) et les activités du Programme de soutien communautaire (à l'échelle nationale et régionale) qui relevaient auparavant de la Direction de la promotion de la santé et 2) les activités du PNRDS.

Le ciblage des programmes de la DPS

La DPS a orienté ses programmes en fonction de sa propre liste de groupes cibles, présentée dans son document de planification stratégique :

- **Les enfants, les adolescents et les jeunes adultes**[9]

et plus particulièrement
- les «jeunes marginaux» comme les décrocheurs, les sans-abri, les fugueurs et les jeunes de la rue, ceux qui connaissent la violence familiale[10],
- ceux qui ont besoin de se doter de compétences d'adaptation et d'améliorer leur estime de soi.

---

9 Pour les besoins de la Phase II de la Stratégie nationale antidrogue, on entend par «enfants» les jeunes de 7 à 12 ans (*Grandir ensemble*, un autre programme fédéral, s'adresse aux petits de 0 à 6 ans), par «adolescents» les jeunes de 13 à 17 ans et par «jeunes adultes» les jeunes de 18 à 24 ans.

10 Remarque : il ne s'agit pas de catégories nécessairement exclusives les unes des autres.

- **Les femmes**

et plus particulièrement
- celles qui abusent des médicaments en vente libre ou délivrés sur ordonnance, de l'alcool ou des deux en même temps,
- celles qui risquent de consommer de l'alcool et (ou) d'autres drogues au cours de la grossesse.

- **Les personnes âgées**

et plus particulièrement
- les adultes de plus de 55 ans qui abusent de médicaments en vente libre ou délivrés sur ordonnance, de l'alcool ou des deux en même temps.

- **Les Autochtones hors-réserve**

et plus particulièrement
- les Métis, les Inuits et les Indiens qui ne vivent pas dans des réserves et qui ont des problèmes particuliers relativement à l'alcool et (ou) à d'autres drogues.

- **Les personnes qui conduisent en état d'ivresse ou sous l'influence de la drogue**

et plus particulièrement
- les personnes qui ont déjà conduit en état d'ivresse et qui risquent de récidiver[11].

Le rapport d'examen à mi-parcours indique que la délimitation des populations à risque a été difficile dans le secteur du marketing social de la DGPPS parce que la DG était habituée à orienter et à diffuser son information à l'intention de la population générale et que ses critères de financement étaient également fonction de projets destinés à la population générale (outre que les collectivités étaient habituées à présenter ce genre de propositions).

Le rapport d'examen à mi-parcours indique également que les activités de marketing social n'ont commencé à viser que les jeunes marginaux[12] et les Autochtones, et non les trois autres groupes. Le rapport ajoute que le service d'éducation et de formation de la DPS a eu de la

---

[11] Santé Canada, Direction de la promotion de la santé, Stratégie nationale antidrogue, Phase II, Planification stratégique pour 1993-1997, 26 février 1993.

[12] Selon le personnel du ministère, parmi les cinq groupes retenus, c'est pour l'instant les jeunes qui ont été visés.

difficulté à viser ces groupes en raison de l'abandon des programmes dans les écoles. Le service n'a pas encore élaboré de nouveaux programmes parce qu'il faut d'abord créer de nouveaux partenariats et imaginer de nouvelles méthodes de prestation, puis créer des programmes efficaces.

Le rapport d'examen à mi-parcours fait également remarquer que, pour cibler les mesures de marketing social, il faut tenir compte des groupes à risque comme les jeunes marginaux non pas comme un sous-ensemble de la population générale, mais comme un «cas spécial».

Le document de planification stratégique de la DPS indique bien que l'on a visé certaines populations précises dès le début de la Phase II. L'élaboration du Plan a été un exercice de collaboration, également fondé sur «une analyse des caractéristiques et des tendances émergentes et sur une consultation nationale en 1991». De plus, les responsables du Programme de soutien communautaire ont reformulé ses directives de financement dès le début de la Phase II pour indiquer les nouveaux groupes cibles admissibles au financement.

C'est en fonction des profils d'activité établis par le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance que les projets nationaux (notamment ceux du BADQD, du service d'éducation et de formation, de la Division de la promotion des programmes et de la branche nationale du Programme de soutien communautaire) ont visé les groupes suivants (prière de se rappeler que les chiffres sont approximatifs et qu'ils ne servent ici qu'à montrer le poids relatif des projets eu égard à chaque groupe sur le plan global en fonction des données disponibles au moment de l'analyse documentaire) :

Jeunes marginaux (13 projets)

- Huit (8) projets à l'intention des fournisseurs de services (et éducateurs) qui travaillent avec les jeunes marginaux[13].

[13] Entre autres projets, le projet de développement communautaire qui permet d'aider les collectivités à évaluer leurs besoins de planification, de programmes et de services pour jeunes marginaux; le projet de recherche sur le terrain et d'analyse bibliographique concernant les programmes d'entraide pour jeunes marginaux; l'étude des antécédents de l'adoption du mode de vie de la rue, sur la situation de ces jeunes une fois dans la rue et sur le processus de transition à un mode de vie sociale stable; le projet d'envergure internationale portant sur les guides de formation, le contrôle et l'évaluation des travailleurs de rue; et le projet relatif à la création d'un réseau de fournisseurs de services permettant l'échange de renseignements sur les jeunes marginaux.

- Quatre (4) projets à l'intention, spécifiquement, des jeunes marginaux[14].
- Un (1) projet visant les jeunes de la rue, relié au VIH.

Enfants, adolescents et jeunes adultes (19 projets)

- Quatorze (14) autres projets visant les jeunes en général, dont deux s'adressant également aux adultes/parents[15].
- Un (1) projet à l'intention des étudiants de niveau postsecondaire[16].
- Quatre (4) projets visant indirectement les enfants et adolescents (par l'intermédiaire des personnes qui ont de l'importance à leurs yeux)[17].

Personnes âgées (10 projets)

- Dix (10) projets s'adressant aux personnes âgées et (ou) aux organismes et agences qui travaillent auprès des personnes âgées[18].

Autochtones (15 projets)

---

[14] Un projet de démonstration dans une école communautaire fréquentée par des jeunes à risque élevé; deux projets d'événements promotionnels et de campagnes de sensibilisation (tous deux également à l'intention de la population générale); et une série de projets de marketing social à l'échelle communautaire, à l'intention des jeunes marginaux.

[15] Il s'agit principalement de marketing social, d'événements promotionnels et de campagnes de sensibilisation et/ou de stratégies médiatiques.

[16] Par le développement et la diffusion de connaissances à l'intention des moniteurs, des coordonnateurs et des responsables de bar des campus.

[17] Par le développement et la diffusion de connaissances à l'intention des parents (parents à risque) et (ou) des spécialistes et praticiens qui travaillent auprès des enfants et adolescents.

[18] Deux projets ont réuni des protagonistes importants : une table ronde du gouvernement fédéral et une atelier national sur les personnes âgées, les médicaments, l'alcool et les autres drogues. Un autre projet a permis de circonscrire et d'évaluer les stratégies qui permettront de toucher les personnes âgées à risque. Quatre projets avaient trait au besoin de partager l'information et les connaissances. Trois projets ont donné lieu à la production de vidéos et (ou) de guides à l'intention des personnes âgées.

- Quatre (4) projets s'adressant aux Autochtones hors-réserve[19].
- Un (1) projet portant sur les besoins des jeunes autochtones hors-réserve[20].
- Deux (2) projets portant sur les besoins des femmes autochtones[21].
- Huit (8) projets s'adressant aux Autochtones (la référence étant parfois les Premières Nations, les Inuits et les Métis)[22].

Femmes (17 projets) (voir aussi, ci-dessus, les projets relatifs aux Autochtones)

- Dix (10) projets à l'intention des ministères et organismes gouvernementaux et aux fournisseurs et organismes de services qui travaillent auprès des femmes[23].
- Cinq (5) programmes visant directement les femmes[24].

---

19 Trois sont des campagnes, événements et annonces de sensibilisation (notamment la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies). L'autre est un inventaire des programmes de prévention de la toxicomanie.

20 Création d'un réseau d'aide entre pairs dans les Centres d'accueil autochtones.

21 Notamment une conférence sur la santé et l'élaboration conjointe d'un modèle de programme de prévention.

22 Trois projets ont trait au perfectionnement et à la formation, et à l'évaluation d'un modèle de formation pour le développement communautaire et l'évaluation des programmes à l'intention des Autochtones. Un autre projet consiste en des réunions régulières avec les organismes autochtones nationaux. Trois projets concernent des produits publicitaires et promotionnels à l'intention des Autochtones. Le dernier est d'ordre international : il s'agit de la participation à la réunion des spécialistes des NU sur les peuples autochtones.

23 Deux projets concernent spécifiquement les besoins des femmes en milieu rural. Un projet a trait aux besoins des immigrantes; un autre, aux besoins des femmes handicapées. Trois projets ont réuni des protagonistes importants (table ronde fédérale, atelier national, vidéo tiré de l'atelier et téléconférence). Deux projets ont permis de produire de l'information sur les ressources et les stratégies utilisables. Un autre projet concerne le lien entre la consommation d'alcool et d'autres drogues et la violence à l'égard des jeunes femmes.

24 Stratégies ayant trait aux médias, aux communications et au marketing social, notamment : articles dans des revues, partenariats avec le secteur privé, émissions télévisées, vidéos.

- Un (1) projet à l'intention des dispensateurs de soins à domicile (en majorité des femmes)[25].

- Un (1) projet visant les dispensateurs de soins infirmiers (en majorité des femmes)[26].

Sobriété au volant : délinquants primaires et récidivistes (4 projets)

- Quatre (4) projets concernant les questions et programmes relatifs à la sobriété au volant[27].

Autres groupes visés

- Syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) (6 projets)[28].

- Population générale (1 projet)[29].

Nous avons également analysé la liste des projets régionaux du Programme de soutien communautaire. (Prière de se rappeler que les rapports issus de la base de données du PSC

---

25 Projet axé sur les besoins d'information et de sensibilisation et sur les questions qui s'y rattachent.

26 Apporter aux infirmières un soutien leur permettant de chercher de l'aide pour elles-mêmes et pour d'autres en matière d'alcool et de drogue.

27 Notamment une analyse bibliographique à l'échelle internationale, un inventaire des programmes fédéraux et provinciaux actuels, une évaluation du programme manitobain d'évaluation et de réadaptation à l'intention des conducteurs déclarés coupables et des échanges fédéraux-provinciaux-territoriaux sur l'évaluation des programmes de sobriété au volant.

28 Le CCLAT a obtenu un financement pour répondre aux besoins d'information des spécialistes, des fournisseurs de services, des victimes du SAF, de leurs familles et du public. Entre autres projets, mentionnons l'élaboration d'une déclaration commune sur l'alcool et la grossesse, une analyse de la morbidité et de la mortalité associées à l'alcool (dans le cadre de l'étude sur le coût économique de la toxicomanie), une formation et l'évaluation et la diffusion d'un programme éducatif relevant du projet ARAI (Risques associés à la consommation d'alcool : évaluation et intervention) à l'intention des médecins, l'extension des services Opération Nez Rouge (solutions de rechange pour les conducteurs en état d'ivresse), et enfin l'élaboration et la mise à l'essai d'un modèle national permettant aux gens de mieux contrôler leurs problèmes d'alcool et problèmes connexes (décisions relatives à la consommation d'alcool).

29 Documentaire de 60 minutes sur la violence des hommes, les rapports entre cette violence et l'alcool et les autres drogues et ses effets sur les enfants et les adolescents.

permettront sans doute de mesurer plus précisément le poids relatif de chaque projet pour chacun des groupes à risque de chaque région.) Voici un résumé de l'analyse préliminaire.

Bureau de l'Atlantique

On y a surtout élaboré des projets centrés soit sur les jeunes, soit sur les jeunes marginaux. (En fait, certains projets à l'intention des jeunes sont parfois centrés sur des populations de jeunes à risque.) Le nombre des projets est à peu près équivalent : treize à quinze projets, environ, pour chaque groupe visé. Huit autres projets visaient les femmes, tandis que six concernaient les personnes âgées. Les Autochtones étaient visés par environ huit projets (dont deux plus particulièrement à l'intention de la population hors-réserve). Certains de ces projets concernaient spécifiquement les jeunes, les femmes et les enfants des collectivités autochtones. Il y avait trois projets associés à la sobriété au volant, et deux projets semblaient s'adresser la collectivité globale. Il y avait des projets spécifiques à l'intention des familles, des enfants, des immigrants/collectivités multiculturelles et des victimes du SAF/ handicapés mentaux.

Bureau du Québec

Les projets concernant les jeunes marginaux y occupaient une place prépondérante (38 projets à l'intention de cette population). Huit autres projets s'adressaient aux jeunes en général (dont un concernait la jeunesse multiculturelle). Les femmes faisaient l'objet de six projets (dont un à l'intention des adolescentes). Il y avait trois projets associés à la sobriété au volant et trois autres à l'intention de la collectivité globale. Il y avait des projets spécifiques à l'intention des personnes âgées, des Autochtones, des enfants à risque et des familles à risque.

Bureau de l'Ontario

Le groupe de projets le plus nombreux concernait les jeunes : 15 projets à l'intention des jeunes marginaux et dix autres à l'intention des jeunes en général (dont un concernait les homosexuels et les lesbiennes et un autre, les jeunes noirs et antillais). Il y avait dix projets associés à la sobriété au volant (dont un à l'intention des contrevenants). Dix (10) projets visaient les Autochtones hors-réserve, dont trois s'adressaient aux enfants. Les femmes faisaient l'objet de sept projets et les personnes âgées, de quatre. Huit (8) projets visaient la collectivité globale. Il y avait des projets spécifiques à l'intention des enfants/parents, des familles, des victimes du SAF, des toxicomanes et des prostituées.

Bureau du Manitoba et de la Saskatchewan

Les projets s'adressant aux jeunes marginaux (8) et aux jeunes en général (8) dominaient. Les Autochtones faisaient l'objet de quatre (4) projets (dont un s'adressait aux enfants et adolescents hors-réserve). Les femmes et la sobriété au volant faisaient chacun l'objet de trois projets. Trois autres projets visaient la population générale. Trois autres encore concernaient les questions associées au SAF. Il y avait un projet pour les prostituées, tandis que deux autres étaient consacrés à la coordination, à la création de réseaux d'entraide, aux communications et à la planification stratégique dans la région.

Bureau de l'Alberta et des T.N.-O.

Les projets visant les Autochtones étaient les plus nombreux : on en comptait douze, dont trois à l'intention des femmes autochtones, trois à l'intention des jeunes hors-réserve, quatre à l'intention des jeunes, des adultes ou de la population autochtone générale et un à l'intention des jeunes inuits. Sept (7) projets visaient les jeunes à risque[30] et un autre, les animateurs travaillant auprès des jeunes à risque. Cinq (5) projets s'adressaient aux femmes, et notamment aux délinquantes. Il y avait des projets spécifiques à l'intention des spécialistes qui travaillent auprès des enfants à risque, des parents à risque, des étudiants et de leurs familles, et des personnes âgées. Deux projets concernaient les prostituées de rue et deux autres étaient associés à la conduite avec facultés affaiblies. L'un des projets énumérés ne précisait pas à qui il s'adressait, mais il semble qu'il concernait les jeunes à risque.

Bureau de la C.-B. et du Yukon

Les principaux projets de la région s'adressaient aux jeunes marginaux (14) et aux jeunes en général (10) (dont un projet à l'intention des latino-Américains et un projet multiethnique). Douze projets concernaient les Autochtones (dont cinq plus particulièrement à l'intention des Autochtones hors-réserve, des enfants, des adolescents à risque et des pères). Un projet des Premières Nations portait sur la consommation de solvants. Six projets concernaient les femmes, dont un projet à caractère multiethnoculturel. Cinq (5) projets visaient les personnes âgées, dont un projet à caractère multiethnoculturel. Six projets étaient associés à la conduite avec facultés affaiblies, dont quatre s'adressaient aux délinquants primaires et aux récidivistes. Cinq projets portaient sur le SAF et deux, sur les familles. Deux projets visaient la collectivité globale (et pourraient bien concerner les Autochtones hors-réserve). La région comptait huit projets sur la coordination, les communications et la planification à l'échelle communautaire et régionale.

[30] Ce chiffre peut englober des projets à l'intention des jeunes marginaux.

PNRDS

Pour élaborer un programme de recherche ciblée, les responsables du PNRDS, de concert avec la DPS, ont reformulé leur demande de proposition en fonction des nouveaux groupes visés dans le cadre de la Phase II[31]. Les groupes cibles énumérés dans la demande de proposition sont les mêmes que ceux qui sont énumérés dans le document de planification stratégique de la DPS (voir ci-haut), à une exception près : dans le cadre du PNRDS, les Autochtones hors-réserve étaient décrits un peu différemment (on n'y indiquait pas que le fait de vivre à l'extérieur d'une réserve relevait de la remarque «en particulier» et on englobait aussi bien les Indiens inscrits que non inscrits).

- **Autochtones hors-réserve**

et en particulier
- les Métis, les Inuits et les Indiens (inscrits et non inscrits) qui peuvent être particulièrement susceptibles d'être touchés par des problèmes d'alcoolisme et (ou) de toxicomanie.

Avant la nouvelle version de la demande de proposition, les responsables du PNRDS ont procédé à une consultation nationale auprès de chercheurs *extra-muros*, d'organismes non gouvernementaux et de représentants fédéraux et provinciaux, pour cerner les catégories de priorités suivantes : étiologie, épidémiologie, traitement et prévention[32].

D'après un document de la DGSM, les responsables du PNRDS ont redéfini leurs secteurs prioritaires pour y inclure la santé des Autochtones, mais on ne sait pas très bien si cela s'est produit dans le cadre de la SCA[33].

Une liste des projets financés devait être communiquée au moment de la rédaction de notre rapport.

---

[31] Le personnel du ministère fait remarquer que le BADQD a déjà effectué de la recherche ciblée, notamment sur les jeunes et sur les femmes.

[32] Le personnel du Ministère fait remarquer que les groupes cibles ont été circonscrits dans le cadre de chacune de ces grandes catégories.

[33] Les responsables du PNRDS ont effectivement annoncé un concours sur la recherche sur le diabète parmi les Autochtones en janvier 1992. Le PNRDS a fourni plus d'un million de dollars pour financer des projets relevant de cette initiative, et ce montant devait augmenter après l'approbation des projets évalués en mars 1994.

DGSM

D'après le MC et la présentation au CT, il semble qu'il existait déjà des programmes à l'intention des collectivités des réserves[34] et que les programmes de la SCA aient constitué une «suite» de ces programmes. Le ciblage des programmes en fonction de la population des réserves dans le cadre de la SCA ne représente donc pas une nouveauté. Mais la SCA était censée centrer les programmes à l'intention des réserves sur les jeunes. On ne sait pas exactement dans quelle mesure cela s'est concrétisé (à l'exception d'un programme à l'échelle nationale qui vise effectivement les jeunes des réserves). Des programmes à l'intention des groupes hors-réserve ont été mis en place dans le cadre de la SCA : ils étaient censés viser les jeunes hors-réserve, et il semble que cela se soit concrétisé.

Le secteur des réserves

Le secteur des réserves englobe deux domaines d'activité : 1) deux projets coordonnés à l'échelle nationale et 2) des programmes financés à l'échelle communautaire à l'intention les collectivités des Premières Nations et coordonnées par les bureaux régionaux. Les ressources du secteur des réserves (1,1 million sur un total de 1,5 million) ont été surtout affectées aux bureaux régionaux. Les 400 000 dollars restants ont été consacrés aux projets nationaux.

Les programmes que les bureaux régionaux devaient coordonner étaient censés viser «les jeunes dans le cadre de toutes sortes d'activités de sensibilisation et de prévention»[35]. D'après ces documents, il s'agit de financer «les activités de promotion de la santé, de prévention et d'éducation à l'échelle communautaire (...). Les deux tiers des fonds de la SCA consacrés aux programmes des réserves ont servi à financer la conception et la mise en application d'activités de promotion de la santé, de prévention et d'éducation à l'intention des jeunes Inuits et des jeunes Indiens inscrits des réserves, à l'échelle communautaire. Les bureaux régionaux de la Direction générale des services médicaux coordonnent le financement communautaire. Parmi les projets réalisés, signalons la création de conseils de jeunes, une formation au leadership, un programme de dynamique de vie, l'entraide par les pairs, des

---

[34] D'après un document de la DGSM en date du 10.11.1993 (clarification des questions ayant trait aux subventions et contributions), la DGSM considère les Inuits comme des «collectivités des réserves» lorsqu'ils vivent dans leur propre collectivité. La DGSM considère que le Yukon entre dans ses responsabilités à l'égard des collectivités des réserves. La DGSM contribue au financement des Innus bien qu'ils soient considérés comme une collectivité «hors-réserve» étant donné qu'ils ne relèvent pas de la Loi sur les Indiens, mais plutôt d'un «Accord Canada-Terre-Neuve».

[35] DGSM, Note de service du directeur général des Services de santé des Indiens et des populations du Nord aux directeurs régionaux de la DGSM.

projets de sensibilisation communautaires, l'invitation de personnes constituant un modèle de comportement et des projets scolaires. Ces activités ont souvent trait à des questions culturelles et linguistiques[36]».

Deux projets ont été coordonnés à l'échelle nationale : la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies et le Programme national des personnages modèles autochtones. Selon le personnel de la DGSM, le programme des personnages modèles autochtones visait plus précisément les jeunes que la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies.

Programme national des personnages modèles autochtones

Financé à l'origine par le PNLAADA, le programme avait l'habitude d'inviter comme personnages modèles des figures connues à l'échelle nationale. Dans le cadre de la SCA, le programme a fait l'objet d'un «examen approfondi et a été refondu pour devenir un moyen de promouvoir et de soutenir les valeurs communautaires». Les personnages modèles appartiennent désormais à la collectivité immédiate et sont désignés par les jeunes (et sont parfois eux-mêmes des jeunes). Le programme touche également désormais la population hors-réserve.

Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies

Les activités de la semaine de sensibilisation aux toxicomanies visent désormais les Autochtones hors-réserve aussi bien que la population des réserves.

Enfin, il semble que le seul projet s'adressant aux réserves visait précisément les enfants de la maternelle à la huitième année[37].

Le secteur hors-réserve

En 1993, Santé Canada a procédé à des consultations auprès de cinq organismes autochtones nationaux pour planifier une stratégie nationale de lutte contre la consommation de solvants. On a également consulté les jeunes dans tout le pays. On a formé un groupe de travail composé de représentants de l'APN, de l'ANCA, du Comité Nunavik et du MNC. Les résultats de ces consultations sont présentés dans le rapport intitulé «La vérité guérit».

---

36 DGSM, Conseil au ministre, 18 mars 1996.

37 «First Nations Freedom», document sur les toxicomanies distribué dans toutes les écoles des réserves.

Les listes de projets fournies par la DGSM indiquent que les ressources ont été en majorité (500 000 $ à 750 000 $ sur un million de dollars par an) consacrées au financement de projets communautaires de prévention de la consommation de solvants (remarquons que les directeurs régionaux ont reçu une note de service sur le secteur des réserves leur indiquant que le secteur hors-réserve ferait l'objet de projets de «marketing social»). Quasiment tous les projets financés ont été menés à bien par les Centres d'accueil autochtones (et quelques autres organismes autochtones hors-réserve). Il semble que les projets aient porté sur la prévention de la consommation de solvants. Étant donné qu'il s'agit d'un problème propre surtout aux jeunes, il semble que ces projets aient visé les jeunes (trois projets dans la liste de 1995-1996[38] et quatre dans la liste de 1994-1995 sont explicites quant à leur ciblage : les enfants, les enfants et les parents, et les adolescents). Le nombre total de projets financés à été de 14 en 1996-1997, 18 en 1995-1996 et 9 en 1994-1995.

Les autres ressources ont été consacrées au projet d'entraide par les pairs dans les Centres d'accueil (qui a reçu un financement sur trois ans), de concert avec la DGPPS. Ce projet visait les jeunes autochtones hors-réserve.

Les autres activités du secteur hors-réserve visaient soit les groupes hors-réserve[39], soit les Métis, soit les enfants des réserves de la maternelle à la huitième année[40].

DGPS

Le rapport d'examen à mi-parcours indique que les activités de la DGPS dans le cadre de la SCA font suite à ses activités antérieures, qui sont en grande partie «imperméables» aux changements de ciblage. Cependant, selon le personnel du Bureau de la surveillance des médicaments, certains programmes ont été ciblés, mais les documents examinés n'indiquaient rien de précis.

Le rapport d'examen à mi-parcours laisse également entendre qu'il ne serait peut-être pas rentable que la DGPS vise les personnes qui s'adonnent au shopping médical et que ces ressources pourraient être consacrées plus utilement à autre chose.

---

38 Projet de recherche sur les effets de la toxicomanie sur la population des Métis.

39 Trousses d'action communautaire distribuées aux groupes hors-réserve comme moyen de planification.

40 Les Centres d'amitié de tout le Canada ont reçu le programme Mokakit, propre aux Premières Nations et s'adressant aux enfants de la maternelle à la huitième année pour les sensibiliser à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

DGPPS

Pour ce qui est des activités entreprises et financées par les divers intervenants de la DGPPS, il est clair que le ciblage des programmes a bel et bien changé. On a déployé beaucoup d'efforts depuis le début de la Phase II pour choisir les populations à risque qu'il fallait délimiter et pour déterminer leurs besoins et les moyens propres à combler ces besoins. De plus, des projets pilotes et une large collaboration, à l'échelle nationale et régionale[41], ont donné lieu à la mise en place de projets concernant directement les besoins circonscrits.

Mais, si l'on s'en tient aux titres des projets, on ne sait pas toujours si les projets à l'intention des jeunes ne visaient pas en fait les jeunes marginaux. Quant aux projets relatifs à la sobriété au volant, il semble que la majorité des projets communautaires aient surtout porté sur la prévention, exception faite de quelques projets à l'intention des délinquants primaires et des récidivistes[42].

Question possible : *Quel est l'équilibre relatif des projets à l'égard de chaque groupe à risque et pourquoi?*

Question possible : *La délimitation des groupes à risque est-elle différente selon le secteur d'activité? Autrement dit, les projets de marketing social, de recherche, d'éducation et de formation, de collaboration, d'élaboration de politiques, etc. ont-ils, chacun, visé tous les groupes à risque circonscrits? Sinon, pourquoi? S'agissait-il d'une question de planification stratégique*[43]*?*

---

41 Selon le personnel du Ministère, cela englobe un processus de collaboration à l'échelle provinciale, territoriale et communautaire.

42 Le personnel du Ministère fait remarquer que la raison en est que, pour des raisons d'ordre pratique, les programmes destinés aux contrevenants doivent être pris en charge à l'échelle provinciale et non pas communautaire.

43 Le personnel du Ministère nous a appris que la dichotomie du ciblage se faisait entre le marketing social et les autres aspects de la SCA en raison des limites qu'imposent les activités de marketing social au ciblage des projets en fonction des groupes à risque.

Question possible : Qu'a-t-on substitué aux activités d'éducation et de formation dans les écoles[44]*?*

PNRDS

Question possible : Le PNRDS a-t-il permis de financer des projets visant exclusivement les Autochtones hors-réserve dans le cadre de la SCA?

DGSM

Selon les renseignements fournis par le personnel de la DGSM, le PNLAADA a été créé en 1982, et il fonctionne toujours, mais les activités de traitement, de prévention, de recherche et de formation sont désormais centrées sur l'alcool et sur les adultes. La SCA représentait donc une tentative pour accorder plus d'importance aux jeunes et aux autres drogues. Il fallait s'occuper des problèmes associés à la consommation de solvants et d'autres drogues que l'alcool et se rendre compte que les jeunes devaient être la cible spécifique de ces activités.

La SCA est également une manière de reconnaître que les compétences et le traitement nécessaires pour régler le problème de la consommation de solvants sont très différents.

Le financement du PNLAADA est distinct de la SCA, mais, à l'échelle communautaire, il y a souvent une mise en commun des ressources du PNLAADA et de la SCA. Si les deux programmes sont administrés dans le cadre d'ententes financières distinctes, les collectivités peuvent décider de recourir aux ressources des deux pour soutenir telle ou telle activité, par exemple lorsque les ressources de la SCA sont insuffisantes. La comptabilité générale, elle, reste distincte.

On disposait également de ressources pour le traitement, la prévention et la recherche concernant la consommation de solvants dans les collectivités des réserves grâce aux programmes *Pour des collectivités en bonne santé* et *Grandir ensemble*. Les responsables de *Grandir ensemble* se sont rendu compte qu'il fallait donner plus de formation aux travailleurs communautaires pour les sensibiliser à ce problème et leur permettre d'y faire face.

On n'est pas très sûr de la mesure dans laquelle le financement des programmes à l'intention des collectivités des réserves a permis de viser les jeunes des réserves. Étant donné la décentralisation de la DGSM, les bureaux régionaux ne sont pas tenus de présenter de

[44] Selon le personnel du Ministère, la Phase I de la SCA a permis d'offrir toute une gamme de ressources aux écoles (vidéos éducatifs, programmes de dynamique de vie, etc.). Dans le cadre de la Phase II, il s'agissait de maintenir le recours à ces ressources.

rapports sur les types de projets financés. Le personnel de l'administration nationale pense que les fonds ont bien été consacrés aux projets à l'intention des jeunes, mais il rappelle que ces fonds peuvent être combinés à ceux d'autres projets et que l'orientation des projets est surtout déterminée par les besoins circonscrits dans la collectivité et l'infrastructure de prestation de services disponible.

De même, pour les projets hors-réserve, l'infrastructure de prestation de services est un facteur important. La plupart des projets sont financés par l'intermédiaire des organismes Autochtones au service de la population générale hors-réserve plutôt que par celui de sous-groupes précis.

De plus, le rapport d'examen à mi-parcours sur la contribution de Santé Canada à la SCA laisse entendre que les programmes de la DGSM pourraient être encore mieux ciblés, sans doute pour toucher les femmes, les jeunes, les personnes âgées, etc. Autochtones.

Question possible : *Dans quelle mesure les projets communautaires hors-réserve financés par la SCA ont-ils été centrés sur les jeunes?*

Question possible : *Dans quelle mesure les projets communautaires des réserves financés par la SCA ont-ils été centrés sur les jeunes?*

Question possible : *Quelles sont les répercussions de la combinaison des ressources de la SCA et du PNLAADA à l'échelle régionale?*

Question possible : *Dans quelle mesure les projets et les subventions et contributions à l'intention des Autochtones des réserves et hors-réserve ont-ils été ciblés davantage pour répondre aux besoins d'autres sous-groupes de la population autochtone? En quoi cet exercice est-il utile, nécessaire, approprié?*

DGPS

Le ciblage des programmes de la DGPS n'est peut-être pas utile dans une large mesure (ex. : les services offerts aux agents d'exécution de la loi ne sont pas ciblés).

Question possible : *Dans quelle mesure le ciblage des programmes de la DGPS est-il utile? Dans quelle mesure a-t-on procédé à un ciblage?*

Pour faire le point

Les questions posées en entrevue devront porter sur le ciblage détaillé des programmes de la Phase II de la SCA et notamment sur l'importance relative des groupes visés, par secteur d'activité. Il faudra de plus prendre les mesures suivantes.

DGPPS

À la DGPPS, le Programme de soutien communautaire (subventions et contributions à l'échelle nationale et régionale) dispose d'une base de données sur les projets financés qui semble pouvoir produire des rapports sur le nombre total de projets et sur le financement en fonction des groupes visés, pour chaque région et chaque année d'application de la SCA. Nous avons demandé un rapport sur les projets de soutien communautaire financés à l'échelle nationale et régionale, par groupe visé, et nous l'étudierons dès qu'il sera disponible. Une fois produit, ce rapport servira à analyser les données financières et à approfondir l'évaluation du ciblage des projets dans le cadre du Programme de soutien communautaire.

Pour ce qui est des autres projets entrepris à la DGPPS, les profils d'activité fournis par le BADQD ont été analysés : il s'agissait de ventiler le nombre approximatif de projets en fonction des groupes visés. Il n'a pas été possible, d'après les dossiers d'administration financière, d'obtenir de données plus précises sur les projets en fonction des groupes visés.

PNRDS

Nous avons demandé une liste des projets financés, par groupe visé. Une fois produit, ce rapport nous permettra de mesurer l'importance accordée à chaque groupe à risque visé.

DGSM

Nous avons analysé les listes de projets fournies à l'égard des programmes hors-réserve et l'analyse des résultats (voir plus haut) sera approfondie dans le cadre des entrevues avec le personnel des programmes.

On peut s'adresser informellement aux bureaux régionaux de la DGSM pour savoir si l'on y tient à jour des données sur les projets, par groupe visé. Si l'on peut disposer de ce genre de renseignements, ils seront analysé, et les résultats d'analyse seront intégrés aux rapports à venir.

DGPS

Les entrevues seront l'occasion de discuter du ciblage des activités à la DGPS.

√ Quels étaient les fondements de ces changements?

Que nous dit la documentation?

Voir le tableau I ci-dessous pour une comparaison des mesures de ciblage des programmes dans le cadre de la Phase II (d'après les documents renvoyant à la SCA).

TABLEAU 1 : POPULATIONS À RISQUE ET GROUPES VISÉS POUR LES ACTIVITÉS DE SANTÉ CANADA DANS LE CADRE DE LA SCA

MC	Présentation au CT	Document de planification stratégique de la DPS
Jeunes de la rue Décrocheurs	Jeunes à risque dans les écoles et les collectivités (programmes de prévention primaires et secondaires, projets de sensibilisation aux drogues, S et C pour les programmes de prevention et de traitement) Jeunes marginaux (jeunes de la rue, décrocheurs) (nouvelle recherche ciblée sur les tendances de la consommation d'alcool et de drogues; recherche sur les jeunes de la rue dans le cadre du PNRDS, recherche sur ce groupe dans la perspective d'une campagne multimédia ciblée, activités prévues : publicité, produits d'information et de promotion, ressources et soutien communautaires, analyse régulière) Jeunes adultes de sexe masculin (recherche dans la perspective d'une campagne multimedia ciblée sur la sobriété au volant, activités prevues : publicité, produits d'information et de promotion, ressources et soutien communautaires, analyse régulière)	**Enfants, adolescents et jeunes adultes** et plus particulièrement : - les jeunes marginaux comme les décrocheurs, les sans-abri, les fugueurs et les jeunes de la rue et les jeunes connaissant la violence familiale à la maison; - les jeunes qui ont besoin de développer des compétences d'adaptation et d'améliorer leur estime de soi.
	Enfants (S et C pour les programmes de prevention et de traitement) Enfants et adolescents (première enquête jamais entreprise au Canada sur ce groupe)	
Autochtones hors-reserve	Population hors-reserve (projets de sensibilisation aux drogues axés sur les familles et les jeunes à risque, marketing social financé par des subventions et contributions : information sur les solvants, documents de promotion de la santé, campagne médiatique et financement d'activités communautaires pour les jeunes, recherche dans le cadre du PNRDS)	**Autochtones hors-réserve** et plus particulièrement - les Métis, les Inuits et les Indiens qui ne vivent pas dans des réserves et ont des problèmes précis à l'égard de l'alcool et (ou) d'autres drogues. Remarque : Les demandes de propositions du PNRDS ont été modifiées : il s'agit désormais des Métis, des Inuits et des Indiens (inscrits ou non inscrits) qui risquent d'être particulièrement exposés aux problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie.
	Jeunes dans les collectivités des Premières Nations (dans les réserves) (toxicomanies et programmes communautaires de prevention et de sensibilisation)	

MC	Présentation au CT	Document de planification stratégique de la DPS
	Autochtones (nouvelle recherche ciblée sur les tendances dans la consommation d'alcool et d'autres drogues)	
Chômeurs	Chômeurs (recherche PNRDS)	
Jeunes de la rue Décrocheurs	Jeunes à risque dans les écoles et les collectivités (programmes de prévention primaires et secondaires, projets de sensibilisation aux drogues, S et C pour les programmes de prévention et de traitement) Jeunes marginaux (jeunes de la rue, décrocheurs) (nouvelle recherche ciblée sur les tendances de la consommation d'alcool et de drogues; recherche sur les jeunes de la rue dans le cadre du PNRDS; recherche sur ce groupe dans la perspective d'une campagne multimédia ciblée; activités prévues : publicité, produits d'information et de promotion, ressources et soutien communautaires, analyse régulière) Jeunes adultes de sexe masculin (recherche dans la perspective d'une campagne multimédia ciblée sur la sobriété au volant; activités prévues : publicité, produits d'information et de promotion, ressources et soutien communautaires, analyse régulière)	**Enfants, adolescents et jeunes adultes** et plus particulièrement : - les jeunes marginaux comme les décrocheurs, les sans-abri, les fugueurs et les jeunes de la rue et les jeunes connaissant la violence familiale à la maison; - les jeunes qui ont besoin de développer des compétences d'adaptation et d'améliorer leur estime de soi.
Personnes âgées	Aînés (recherche PNRDS)	**Personnes âgées** et plus particulièrement - les adultes de plus de 55 ans qui abusent de médicaments vendus avec ou sans ordonnance ou de l'alcool ou qui combinent l'abus de médicaments et d'alcool
Femmes	Femmes (nouvelle recherche ciblée sur les tendances dans la consommation d'alcool et d'autres drogues, S et C pour les programmes de prévention et de traitement) Femmes d'âge mûr (recherche en vue d'une campagne multimédia ciblée : consommation de drogues licites, activités comprenant publicité, produits d'information et de promotion, ressources et soutien communautaires, analyse régulière)	**Femmes** et plus particulièrement - les femmes qui abusent des médicaments vendus avec ou sans ordonnance ou de l'alcool ou qui combinent les médicaments et l'alcool; - les femmes qui risquent de consommer de l'alcool et (ou) d'autres drogues pendant la grossesse

MC	Présentation au CT	Document de planification stratégique de la DPS
Familles dysfonctionnelles	Familles (S et C pour les programmes de prévention et de traitement, en particulier à l'égard des effets de l'alcool et de la violence sur le développement foetal)	
	Programme Sobriété au volant : délinquants primaires et récidivistes (S et C pour les programmes de prévention et de traitement)	**Personnes conduisant en état d'ivresse et (ou) sous l'influence d'autres drogues** et plus particulièrement - les personnes qui ont déjà conduit en état d'ivresse ou qui risquent de récidiver.
Jeunes de la rue Décrocheurs	Jeunes à risque dans les écoles et les collectivités (programmes de prévention primaires et secondaires, projets de sensibilisation aux drogues, S et C pour les programmes de prévention et de traitement) Jeunes marginaux (jeunes de la rue, décrocheurs) (nouvelle recherche ciblée sur les tendances de la consommation d'alcool et de drogues, recherche sur les jeunes de la rue dans le cadre du PNRDS, recherche sur ce groupe dans la perspective d'une campagne multimédia ciblée, activités prévues : publicité, produits d'information et de promotion, ressources et soutien communautaires, analyse régulière) Jeunes adultes de sexe masculin (recherche dans la perspective d'une campagne multimédia ciblée sur la sobriété au volant, activités prévues : publicité, produits d'information et de promotion, ressources et soutien communautaires, analyse régulière)	**Enfants, adolescents et jeunes adultes** et plus particulièrement : - les jeunes marginaux comme les décrocheurs, les sans-abri, les fugueurs et les jeunes de la rue et les jeunes connaissant la violence familiale à la maison; - les jeunes qui ont besoin de développer des compétences d'adaptation et d'améliorer leur estime de soi.
	Professionnels de la santé (réadaptation, réintégration, dépistage précoce et intervention : toxicomanie, dépistage précoce grâce à des programmes de contrôle des drogues, information à l'intention des organismes délivrant des permis, étude pluriannuelle sur l'utilisation de drogues psychoactives parmi les professionnels de la santé) Médecins (contrôle des ordonnances inappropriées) Patients (contrôle du « shopping médical »)	

MC	Présentation au CT	Document de planification stratégique de la DPS
	Groupes au service de la collectivité, notamment les éducateurs, les travailleurs des centres de santé communautaires, les travailleurs sociaux, les conseillers familiaux, le secteur de l'hébergement, les services policiers s'occupant des jeunes et des familles à risque (programmes d'éducation et de formation et ressources à l'intention de la collectivité, des familles et des écoles : alcool, drogues, sobriété au volant)	

La présentation au Conseil du Trésor indique très clairement qu'il y aura lieu de nouer des liens de partenariats avec le secteur privé dans les domaines suivants : ressources pour la publicité imprimée et diffusée sur les ondes, documents promotionnels (notamment imprimés), achats de médias, parrainages, subventions de démarrage pour les activités communautaires, etc.

DGPPS

Le processus de planification stratégique de la DPS a permis de détailler les propositions du MC relatives aux populations visées (le mémoire semble s'appuyer sur une consultation nationale effectuée avant le renouvellement de la SCA en 1991) et de circonscrire cinq populations à risque (voir le tableau 1 ci-haut, colonne intitulée «document de planification stratégique de la DPS»). Les résultats ont été publiés par la Direction de la promotion de la santé dans un document de planification stratégique[45].

PNRDS

Il semble que le PNRDS ait adopté à peu près les mêmes groupes cibles que la DPS dans son document de planification stratégique.

DGSM

La présentation au Conseil du Trésor indique que, dans le cadre de la Phase II, les jeunes seraient visés à la fois par les programmes à l'intention des collectivités des réserves et par les programmes destinés aux jeunes hors-réserve. Selon le rapport d'examen à mi-parcours, il serait bon que la DGSM envisage de cibler plus précisément encore ses programmes.

---

45 Santé Canada, Direction de la promotion de la santé, Stratégie canadienne antidrogue, Phase II, Planification stratégique pour 1993-1997.

Cependant, la trousse d'information annonçant le financement de programmes hors-réserve ne mentionne pas les jeunes comme groupe visé : «les collectivités et (ou) les particuliers hors-réserve qui désirent suivre une formation en prévention de la consommation de solvants». Mais, dans l'exposé des critères généraux d'admissibilité, la trousse indique bien que «les secteurs prioritaires nationaux et régionaux établis de concert avec les représentants des Autochtones hors-réserve s'occupant du problème de la consommation de solvants pourront permettre, de temps à autre, de désigner des populations, des régions ou des problèmes comme cibles prioritaires. Par conséquent, sur le plan de la sélection des projets, les propositions ayant trait aux questions relevant des secteurs prioritaires seront probablement retenues en premier lieu». De plus, les critères généraux d'admissibilité comportent une description de la *prévention primaire* : «Un programme de prévention primaire de la consommation de solvants a pour objet de réduire les effets de cette consommation en diminuant le risque de consommation et en augmentant la possibilité d'une croissance et d'un développement positifs. Les programmes de prévention comportent généralement une sensibilisation du public, des changements dans les politiques administratives et une organisation de l'environnement. Ces programmes sont proposés à autant de gens que possible, mais il s'agit surtout d'atteindre les jeunes qui n'ont pas encore touché aux solvants ou connu de problèmes à ce sujet».

DGPS

Le MC et la présentation au CT ne précisent pas si les mesures d'exécution de la loi et de contrôle appliquées par Santé Canada devraient viser certaines populations à risque. Il semble qu'on ait estimé que seuls les programmes de prévention devaient être ciblés. Le rapport d'examen à mi-parcours indique que les mesures de prévention appliquées par la DGPS ont toujours visé les professionnels de la santé et que cela s'est poursuivi dans le cadre de la Phase II. Le rapport indique également que le ciblage ne convient pas à tous les programmes de la DGPS, mais que la Direction générale devrait envisager de les cibler lorsque c'est nécessaire.

√ En quoi les changements apportés dans le ciblage des programmes ont-ils modifié la capacité de ces programmes à réaliser leurs objectifs?

Que nous dit la documentation?

On ne sait pas très bien à quels objectifs de programme cette question renvoie. L'examen documentaire n'a pas permis de cerner des objectifs de programme précis, bien que ceux-ci

puissent exister, selon la manière dont le «programme» est défini[46]. Le Cadre d'évaluation (1992) circonscrit les objectifs de la Prévention et ceux de l'Exécution de la loi et du Contrôle. Il y aurait lieu de préciser ce qu'il en est de ces objectifs[47].

Objectifs de la prévention[48]

1. Prévenir la consommation précoce et l'abus d'alcool (évitement des risques et réduction de la consommation à risque élevé) et la consommation d'autres drogues (y compris des solvants) (consommation de drogues illicites ou consommation non médicale de drogues licites) dans certains groupes cibles et dans la population en général et, par conséquent, prévenir les effets préjudiciables de la consommation.

2. Consolider la capacité des collectivités et des organismes communautaires à prévenir et à réduire les problèmes associés à la consommation d'alcool et prévenir la consommation de drogues illicites.

3. Fournir de l'information, des connaissances et des conseils aux intermédiaires clés, notamment aux professionnels de la santé, aux organismes non gouvernementaux et à d'autres administrations gouvernementales sur les drogues illicites en vue de l'élaboration de politiques et de programmes et de mesures d'évaluation et de prévention.

---

[46] Le personnel du Ministère pense que les objectifs des programmes et des secteurs d'activité sont peut-être énoncés dans les profils et les rapports d'activité de la SCA.

[47] Selon le personnel du Ministère, le BASQS n'est peut-être pas d'accord avec les quatre objectifs énoncés par Santé et Bien-être social Canada. Voir : Direction de la vérification et de l'examen des programmes, *Cadre d'évaluation de la Stratégie canadienne antidrogue, Phase II*, mars 1993.

[48] Santé et Bien-être social Canada, Direction de la vérification et de l'examen des programmes, Cadre d'évaluation de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue, mars 1993. REMARQUE : Ce document indique également que, selon le mémoire au Cabinet, l'objectif de la Stratégie canadienne antidrogue est de réduire les préjudices causés aux particuliers, aux familles et aux collectivités par la consommation d'alcool et d'autres drogues. Cependant, étant donné que la Stratégie est un complément à d'autres programmes, l'évaluation a trait à son objectif central, qui est la réduction des préjudices. Les autres objectifs relèvent tous de cet objectif fondamental et en sont les moyens.

4. Promouvoir l'usage judicieux des substances psychoactives prescrites par des professionnels de la santé.

Objectifs de l'Exécution de la loi et du Contrôle[49]

1. Réduire l'offre et la disponibilité de drogues illicites.

2. Réduire l'usage impropre de substances psychoactives.

3. Protéger la population contre les risques associés aux produits à effet psychotrope.

4. Protéger les athlètes contre un avantage déloyal dans les événements sportifs et les jeunes contre les effets secondaires néfastes que peut provoquer la consommation de substances interdites ou le recours à des méthodes interdites.

Il semble que le ciblage des programmes de la SCA ait été parallèle au ciblage d'autres projets de Santé Canada en fonction de certains groupes à risque (le personnel du BADQD nous a indiqué que l'attention portée aux jeunes par Santé Canada n'avait pas seulement pour objet la consommation de drogues, mais aussi toutes sortes d'autres problèmes connexes)[50].

De plus, le rapport d'examen à mi-parcours indique que le changement d'orientation du marketing social et des programmes de soutien communautaire signifie qu'il n'y a plus de programmes à l'intention de la population générale dans certaines provinces plus pauvres (les provinces plus riches ont les moyens de les maintenir si elles le souhaitent).

---

[49] Santé et Bien-être social Canada, Direction de la vérification et de l'examen des programmes, Cadre d'évaluation de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue, mars 1993. REMARQUE : Ce document indique également que, selon le mémoire au Cabinet, l'objectif de la Stratégie canadienne antidrogue est de réduire les préjudices causés aux particuliers, aux familles et aux collectivités par la consommation d'alcool et d'autres drogues. Cependant, étant donné que la Stratégie est un complément à d'autres programmes, l'évaluation a trait à son objectif central, qui est la réduction des préjudices. Les autres objectifs relèvent tous de cet objectif fondamental et en sont les moyens.

[50] Selon le personnel du Ministère, une bonne partie de la perspective holistique adoptée par le ministère avait trait à la manière dont le BADQD réagissait à ses projets en fonction de la relation réciproque des problèmes.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

Étant donné que les autres secteurs de Santé Canada ciblent également leurs programmes en fonction des groupes à risque et des problèmes connexes, il nous faut tenir compte du contexte dans lequel la Phase II de la SCA a adopté une perspective ciblée.

Question possible : *Le ciblage a-t-il permis d'accroître la possibilité de faire le lien avec d'autres projets de Santé Canada? Si c'est le cas, comment le ciblage parallèle au sein de Santé Canada s'est-il répercuté sur les programmes?*

Question possible : *Répercussions du ciblage sur les programmes provinciaux à l'intention de la population générale.*

Pour faire le point

Cette question sera discutée dans le cadre des entrevues.

Meilleure coordination et collaboration

√ En quoi la SCA a-t-elle permis d'améliorer la coordination et la collaboration au sein de Santé Canada, et entre Santé Canada et les autres ministères?

Que nous dit la documentation?

Le rapport d'examen à mi-parcours indique que les fonctionnaires de Santé Canada ne savaient pas ce que l'on attendait d'eux en termes d'activités et de résultats sur le plan de la coordination, c'est-à-dire qu'ils ne savaient pas s'ils devaient améliorer la coordination entre les directions générales, au sein des programmes, entre les programmes et les partenaires et (ou) entre Santé Canada et les autres ministères. (Le CT, semble-t-il, aurait dit qu'il incombait à Santé Canada d'établir ces objectifs, alors que le SSCA estimait qu'il n'avait pas suffisamment d'instructions du CT à cet égard.) Le rapport d'examen à mi-parcours indique qu'on a effectivement fait des efforts de coordination, mais qu'il est difficile de dire s'ils se

seraient produits indépendamment de la SCA[51]. Le rapport d'examen à mi-parcours estime que la coordination a été moindre qu'il aurait fallu parce qu'on n'avait pas fixé d'objectifs ni établi de plan pour le projet ou pour Santé Canada.

Le rapport d'examen à mi-parcours énumère les exemples de coordination suivants :

Coordination au sein des programmes

- Relations et partenariats informels entre le gouvernement et les ONG dans le cadre du Programme de soutien communautaire.
- Relations et partenariats informels entre le gouvernement et les ONG dans le cadre des activités de la Division du soutien des programmes de santé de la DGSM.
- Coordination des activités d'analyse de drogues de la DGPS avec les organismes d'exécution de la loi.

D'après le rapport d'examen à mi-parcours, ce type de coordination est simplement de la bonne gestion et ne saurait être relié à la présence de la SCA. Nous rappelons que l'existence de ces programmes relève du financement de la Phase II de la SCA. Nous verrons dans le cours de nos entrevues si l'on peut penser qu'il y aurait eu une coordination entre les directions générales sans la Phase II de la SCA.

Coordination entre les programmes

Le rapport d'examen à mi-parcours indique que la SCA s'appuie sur un ensemble de personnes et de programmes autonomes reliés seulement par un seul et même mémoire au Cabinet. Selon le rapport, cela n'est pas suffisant. On y fait cependant remarquer la coordination appliquée au sein de la DPS et notamment ses rapports de collaboration avec le SSCA.

Coordination fédérale-provinciale

---

[51] Le personnel du Ministère laisse entendre que les activités de la SCA étaient telles qu'il fallait manifestement, pour qu'elles soient efficaces, que les protagonistes coordonnent leurs efforts. Il ajoute que la coordination n'a pas été un objectif indépendant des programmes, contrairement à ce que laisse penser le rapport d'examen à mi-parcours (il s'agissait d'un moyen et non d'une fin en soi).

Le rapport d'examen à mi-parcours indique qu'il n'existe aucune organisation responsable de la coordination fédérale-provinciale de la SCA (le Comité consultatif fédéral-provincial sur les problèmes causés par l'alcool et autres drogues a été supprimé en 1990)[52]. Le SSCA estimait quant à lui que ce rôle lui incombait. Il semble que le Comité consultatif sur la santé de la population n'ait pas soulevé la question bien qu'il en soit théoriquement responsable. Le rapport fait remarquer que le BADQD a réuni les protagonistes fédéraux et provinciaux deux fois entre le début de la Phase II et la période d'établissement du rapport d'examen à mi-parcours, mais estime que ces efforts se sont limités à la discussion de questions relatives aux activités de recherche et de prévention (partage de l'information), plutôt que de porter sur la coordination formelle, comme il l'aurait fallu.

Coordination et amélioration de la base d'information

Le rapport d'examen à mi-parcours mentionne la réunion consultative du PNRDS où l'on a discuté des priorités de recherche avant la révision de la demande de proposition[53]. On y rappelle également, cependant, que les responsables du PNRDS n'ont pas indiqué ce sur quoi il serait utile que la recherche porte, et la demande de propositions n'a suscité que quelques réponses, pour la plupart en provenance d'universités. Le rapport critique les responsables du PNRDS pour n'avoir pas mieux coordonné les besoins de la SCA en matière de recherche et la collectivité des chercheurs, pour n'avoir pas fait connaître ces besoins aux chercheurs et pour ne pas s'être assurés que leurs productions soient mises au service de l'élaboration des politiques et des programmes.

Coordination entre directions générales

Le rapport d'examen à mi-parcours fait remarquer qu'il n'existe pas, à Santé Canada, d'organisation chargée de coordonner les programmes du Ministère dans les différentes directions générales et qu'il y a peu de coordination entre les directions générales (sauf entre la DGPPS et la DGSM).

---

52 Le personnel du Ministère fait remarquer que l'on présuppose ici que la coordination exige une organisation formelle, mais qu'il existe toutes sortes d'activités de coordination informelles pour assurer l'efficacité des programmes.

53 Le personnel du Ministère rappelle qu'on y a discuté de toutes sortes de sujets de recherche (et de leur importance relative).

Le rapport ajoute que la DGPS est restée assez «isolée» dans le cadre de la SCA et que le manque de coordination des activités de cette direction générale peut être un problème, par exemple sur le plan du partage global de l'information et de la rédaction du projet de loi C-7. Le rapport rappelle que l'une des prémisses fondamentales de la SCA était qu'il serait utile de mieux coordonner l'offre et la demande dans les activités. On y fait remarquer également que la DGPS dispose d'énormément d'information sur les drogues psychoactives, mais que l'on ne se sert pas de ces renseignements à l'extérieur de la Direction générale pour élaborer des politiques et des programmes.

La DGPPS a joué un rôle dans le choix des propositions de projets hors-réserve de la DGSM. Elle a collaboré avec la DGSM pour élaborer ses programmes hors-réserve dans différents secteurs : sensibilisation de la population, élaboration de politiques, recherche et évaluation, Programme de soutien communautaire. Les employés du Ministère ont fait savoir que la Direction générale des politiques et de la consultation a également coordonné ses activités avec d'autres directions générales de Santé Canada concernant l'alcoolisme : SAF, étiquettes de mise en garde, questions associées à la publicité du CRTC.

Le rapport d'examen à mi-parcours propose de coordonner les aspects suivants :

- Coordination des décisions relatives au choix des sujets de recherche de chaque direction générale pour éviter le double emploi.
- Coordination entre les directions générales concernant l'information relative au degré d'efficacité des mesures appliquées aux populations consommant des substances psychoactives.
- Conception en commun d'un programme de réduction de la demande (et éventuellement aussi de programmes de contrôle).
- Coordination de l'élaboration des politiques (si l'examen de la politique en matière de drogues a lieu après la promulgation du projet de loi C-7, cela serait utile)[54].

Coordination entre Santé Canada et les autres ministères

D'après le rapport d'examen à mi-parcours, en l'absence d'un plan, la SCA représente le seul lien entre les activités des ministères, dont beaucoup empiètent sur la Stratégie. On pense que la plupart des activités auraient eu lieu en l'absence de la SCA (ex. : les services d'analyse

[54] Le personnel du ministère a contesté l'utilité de ces propositions.

des drogues de la DGPS pour la police). Voici les observations qu'on y fait sur la coordination des activités de Santé Canada avec celles des autres ministères :

- La coordination avec les autres ministères concernant les unités antidrogues spéciales mixtes s'est limitée à l'analyse des drogues, et la DGPS n'a guère participé à l'évaluation et à la coordination de ces unités.
- Au moment de l'examen à mi-parcours, le Comité interministériel de la SCA ne s'était pas réuni depuis des mois. Son objet semblait se limiter au partage d'information, et les représentants des ministères présents participaient peu.
- Ce n'est que vers la fin de 1994 que le mandat du Comité directeur du SMA sur la SCA, limité jusque-là à l'évaluation, a été élargi pour englober la «direction de la Stratégie elle-même».

Secrétariat de la SCA

Le rapport d'examen à mi-parcours fait les observations suivantes sur le SSCA et son rôle à l'égard de la coordination au sein de Santé Canada.

- On n'a jamais très bien su à qui incombait la responsabilité de la coordination à Santé Canada, et il s'en est suivi beaucoup de confusion, par exemple au sujet du rôle du SSCA et du CCLT.
- Le SSCA a organisé une série de réunions bilatérales avec les membres du CDI pour déterminer le rôle du Secrétariat, mais il n'en est résulté aucune orientation claire.
- Beaucoup de fonctionnaires de Santé Canada considéraient que le SSCA n'avait qu'un rôle interministériel, c'est-à-dire qu'il devait être chargé de la coordination des politiques et NON des programmes.
- Certains fonctionnaires de Santé Canada estimaient que le SSCA devait s'occuper de l'exécution de la loi plus que des questions de santé.

Le rapport fait aussi certaines remarques sur le rôle de coordination interministérielle du SSCA.

- En dehors de Santé Canada, le SSCA était considéré comme une entité de Santé Canada sans grand rapport avec les autres ministères.
- Il se peut que l'endroit où étaient situés les bureaux du SSCA au Ministère ait représenté un problème à l'échelle interministérielle.

- Le passage du SSCA au statut de direction générale hiérarchique s'est peut-être répercuté sur sa capacité à être considéré comme étant au service de la Stratégie dans son ensemble.
- L'évaluation finale devrait porter sur la manière dont les modifications apportées à l'organisation (déménagements) ont affecté la capacité du SSCA à assurer la coordination à l'échelle interministérielle.

Le rapport d'examen à mi-parcours indique que le SSCA s'est effectivement occupé de coordonner les activités au Ministère, surtout sur le plan de l'élaboration des politiques. Parmi ces activités, mentionnons l'organisation d'un atelier sur les jeunes marginaux, la rédaction d'un exposé de principe du Ministère sur la réduction des méfaits et du travail administratif relié au projet de loi C-7 (le Secrétariat a contribué à faciliter l'élaboration d'un consensus ministériel au sujet des répercussions de la législation et de la politique).

Il semble que le SSCA ait été «moins proactif» sur le plan de la coordination des programmes de Santé Canada. Les fonctionnaires de Santé Canada ne désiraient pas que le SSCA intervienne dans les programmes[55]. Ils estimaient que le rôle du SSCA était interministériel.

Le rapport conclut que le SSCA n'a pas vraiment réussi à coordonner les activités des programmes, ni à Santé Canada ni à l'échelle interministérielle.

En fin de compte, le SSCA a été la «conscience» de la SCA et son rôle s'est limité au rappel des objectifs globaux de la Stratégie et de son contexte plus vaste.

L'infrastructure de la coordination

L'analyse documentaire a révélé que la Phase II de la SCA a, en fait, donné lieu à la formation, à la poursuite et (ou) à la revitalisation d'une série de mécanismes formels de coordination et de collaboration à l'échelle nationale, FPT, interministérielle et ministérielle comme à l'échelle des directions générales.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

[55] Le personnel du Ministère fait remarquer que le SSCA avait clairement indiqué qu'il n'avait pas suffisamment de personnel pour s'occuper des programmes et que ce n'était pas son rôle.

Il est clair que la Phase II a effectivement donné lieu à la mise en place d'une série de mécanismes formels de coordination. Mais cette mise en place indique en soi qu'il y a eu effectivement coordination et collaboration. De plus, selon le personnel du Ministère, la coordination au sein de Santé Canada a eu lieu à l'échelle interministérielle, exception faite des réunions ministérielles concernant certaines questions particulières comme la politique sur la drogue.

Question possible : *Dans quelle mesure l'infrastructure formelle de coordination et de collaboration instaurée et (ou) maintenue dans le cadre de la SCA a-t-elle effectivement permis d'améliorer la coordination et la collaboration à tous les niveaux?*

Question possible : *Il existe une infrastructure pour le financement fédéral de la prévention et du traitement de la toxicomanie dans les collectivités vivant dans les réserves et hors-réserve qui englobait le financement de la SCA ainsi que d'autres formes de financement dans le cadre de projets distincts (ex. : Grandir ensemble, Pour des collectivités en bonne santé, etc.). En quoi la présence de sources différentes de financement s'est-elle répercutée sur la coordination des activités dans le cadre de la Phase II de la SCA?*

Question possible : *Quelle est la valeur ajoutée la plus valable de la coordination? Où avait-on besoin de coordination? A-t-on besoin à la fois d'un Comité ministériel de la SCA et d'un Comité interministériel de la SCA ou cela risque-t-il d'entraîner des chevauchements (le comité interministériel ne serait peut-être nécessaire que dans les domaines de partage de programmes dans le Ministère)?*

Pour faire le point

Il faudra, dans le cadre des entrevues, clarifier ce qui s'est passé depuis l'examen à mi-parcours, faire ressortir les mérites de l'infrastructure formelle, circonscrire les exemples de coordination et de collaboration non analysés et s'interroger sur ce qui était nécessaire par opposition à ce qui a été fait dans le domaine de la coordination et de la collaboration.

√ Qu'a-t-on fait pour améliorer la coordination et la collaboration?

Que nous dit la documentation?

Nous avons dressé une longue liste de mécanismes formels de coordination et de collaboration. Le personnel du BADQD a examiné cette liste et nous a fourni des données préliminaires sur ces mécanismes. Beaucoup de ces organismes ont été créés dans le cadre de la Phase II de la SCA. Ces mécanismes englobent des organismes nationaux composés de protagonistes gouvernementaux et non gouvernementaux, des organismes fédéraux-provinciaux-territoriaux composés de représentants gouvernementaux de tous les paliers, des mécanismes interministériels mettant en jeu des représentants de tous les partenaires de la SCA, des organismes ministériels composés de représentants de la SCA et d'autres employés concernés et enfin des mécanismes à l'échelle des directions générales mettant en jeu des employés de la SCA et d'autres employés travaillant dans des secteurs d'activité connexes. Voir la liste en annexe B.

À l'échelle nationale

Il semble que trois des mécanismes instaurés à l'échelle nationale sont issus du ciblage des programmes en fonction des populations à risque. L'amélioration de la collaboration et des relations de partenariat à l'échelle nationale était l'objectif du comité directeur national sur les jeunes marginaux, du réseau d'entraide pour les femmes et la prévention de la toxicomanie et du groupe de travail sur le mode de vie dans la rue : tous ces organismes ont été créés dans le cadre de la Phase II de la SCA. Deux autres mécanismes nationaux relèvent du CCLT et ont trait au SAF et à d'autres questions de politique ainsi qu'à des questions médiatiques (voir l'annexe B).

Le personnel du CCLT ou de la DGPPS participe, paraît-il, à ces tribunes. On ne sait pas bien dans quelle mesure des représentants du secteur SCA de la DGSM ou de la DGPS y ont participé. Selon le personnel du Ministère, des représentants de la DGSM ont participé toutes les fois qu'il était question des Autochtones, tandis que la DGPS n'est intervenue que lorsqu'il était question de médicaments (ex. : atelier sur les personnes âgées et les médicaments)[56].

À l'échelle fédérale-provinciale-territoriale

Les trois paliers de gouvernement semblent avoir eu recours à trois mécanismes FPT formels de coordination et de collaboration dans le secteur des personnes âgées et des médicaments,

---

[56] Le personnel du Ministère fait remarquer qu'il existait un autre organisme à cet égard : le comité directeur de l'exécution de la loi en partenariat.

de la conduite avec facultés affaiblies et des questions associées à l'alcool et aux autres drogues. La tribune sur les personnes âgées et les médicaments a été créée au cours de la Phase II de la SCA, et les deux autres semblent avoir précédé la Phase II, mais, selon le personnel du Ministère, elles auraient eu de nouveaux mandats et une nouvelle direction dans le cadre de la Phase II.

Des représentants de la DPS ont, paraît-il, participé à ces tribunes. On ne sait pas bien dans quelle mesure le secteur SCA de la DGPS et de la DGSM a été représenté.

Le rapport d'examen à mi-parcours indique que le démantèlement du Comité consultatif FPT sur l'alcool et les autres drogues[57] a créé une grave lacune dans la coordination à l'échelle FPT.

À l'échelle interministérielle

Le principal mécanisme de coordination de la SCA à l'échelle fédérale a été le Groupe de travail interministériel de la SCA (ou Comité interministériel de la SCA), qui a été «réactivé» dans le cadre de la Phase II.

C'est en 1994 que le Comité interministériel de la SCA semble avoir été le plus actif, car on n'a enregistré aucune réunion en 1995 et 1996 (il est possible que cela soit dû au fait que le SSCA a changé de forme en 1995 et cessé d'exister en 1996 : voir plus loin)[58].

Le Comité directeur du SMA avait tout d'abord pour mandat de ne s'occuper que de l'évaluation de la SCA. En 1994, ce mandat a été étendu aux questions de fond concernant la gestion de la SCA et la préparation de son renouvellement en 1997. Il semble que le Comité se soit réuni à cinq reprises (une fois en décembre 1992, trois fois en 1994 et une fois en 1996). L'avant-dernière réunion, en décembre 1994, avait trait à la planification à prévoir en fonction de la temporarisation de la SCA en mars 1997. Le procès-verbal indique que le SSCA avait formé un comité de renouvellement et qu'on avait envisagé à ce moment-là de procéder à une consultation nationale. On a également envisagé au cours de cette réunion d'élaborer un plan national au sujet de la toxicomanie, que l'on aurait mis en oeuvre après la

---

[57] Selon le personnel du Ministère, en 1994, un groupe FPT a décidé de continuer à se réunir et de jouer un rôle de coordination, informel cette fois, semblable à celui de l'ancien comité consultatif.

[58] Selon les dossiers examinés, mais cela devra être confirmé par le personnel du Ministère.

SCA. Selon le personnel du Ministère, le Comité directeur du SMA s'est ensuite de nouveau réuni en juin 1996 et a rétabli le Groupe de travail interministériel[59].

Le Comité de travail interministériel sur les communications de la SCA a été créé par le SSCA dans le cadre de la Phase II. Santé Canada a également dirigé le Comité interministériel sur le projet de loi C-8.

Il semble que les représentants de la SCA à Santé Canada aient participé à plusieurs autres mécanismes de coordination interministériels assumés par d'autres ministères, notamment les suivants.

- Comité interministériel des questions internationales reliées à la drogue (dirigé par AECI; précède la Phase II de la SCA).
- Comité interministériel sur la conduite avec facultés affaiblies (dirigé par Justice Canada; nouvelle orientation et nouveau mandat dans le cadre de la Phase II de la SCA).
- Comité interministériel sur le crime organisé transnational.

Le personnel du Secrétariat de la SCA et de la DPS semble avoir participé à chacune de ces tribunes. Les documents ne nous permettent pas de savoir vraiment dans quelle mesure les représentants de la DGSM et de la DGPS chargés de la SCA ont participé à ces tribunes.

À l'échelle du Ministère

On a créé des mécanismes formels de coordination à l'échelle du Ministère à l'égard des questions suivantes : projet de loi C-7, SAF, alcool, personnes âgées et médicaments (voir l'annexe B)[60]. Le Comité de coordination du SAF et le Groupe de travail sur les personnes âgées et les médicaments ont été créés dans le cadre de la Phase II.

Il semble que le personnel de la DGPPS ait participé à chacune de ces tribunes. On ne sait pas exactement dans quelle mesure les représentants de la DGSM et de la DGPS y ont

---

[59] Le personnel du Ministère indique qu'il n'y a pas eu de réunions entre décembre 1994 et juin 1996 parce qu'on ne savait pas à quoi s'en tenir sur le financement jusqu'à l'annonce du budget en 1996.

[60] Selon le personnel du Ministère, il y a également eu une coordination des activités du Ministère à l'égard des jeunes marginaux, des femmes et des Indiens hors-réserve.

participé. Le personnel du Ministère nous a appris que les trois directions générales ont participé à chacun de ces mécanismes.

À l'échelle de la Direction générale (DGPPS)

C'est au cours de la Phase II que les mécanismes applicables à l'échelle de la Direction générale ont été établis. Le groupe des ressources de la SCA a été formé pour s'occuper de la planification intégrée des programmes, du partage de l'information et de l'affectation des ressources au sein de la Direction générale.

Le rapport d'examen à mi-parcours indique que c'est dans cette direction générale que la coordination a été le plus efficace sur le plan de la SCA. Le rapport mentionne le groupe des ressources de la SCA ainsi que des projets de collaboration entre la DG et la DGSM concernant les programmes destinés aux Autochtones hors-réserve.

Rôle du Secrétariat de la SCA

Il semble que le rapport d'examen à mi-parcours n'ait pas analysé les activités du SSCA au-delà des frontières de Santé Canada, à savoir son rôle interministériel et international dans la coordination de la SCA. Le rapport s'intéresse surtout au rôle du SSCA à l'égard des programmes de Santé Canada. Il l'envisage cependant du point de vue de tous les aspects du mandat du Secrétariat (c'est-à-dire pas seulement sur le plan de la coordination, mais aussi des communications, de la collecte de données et de l'évaluation).

La documentation relative aux activités du SSCA est très limitée, surtout depuis 1994. Un rapport d'échéancier (août 1994) indique que le SSCA avait prévu, en 1995, de procéder à une évaluation de la SCA (révision du rapport d'examen à mi-parcours, rapport CT) et à une consultation concernant le renouvellement de la SCA (obtenir l'approbation du Comité interministériel de la SCA, tâter le terrain, élaborer un plan de consultation). En 1996, le SSCA devait, semble-t-il, commencer le processus de consultation final, produire un rapport de consultation et un aide-mémoire et rédiger une première version d'un MC demandant le renouvellement pour 1997[61].

[61] Selon le personnel du Ministère, le SSCA a annulé les activités de renouvellement en raison de compressions budgétaires imminentes.

Selon le personnel du BADQD, le SSCA est devenu le Bureau de la SCA au printemps 1995, lequel bureau a cessé d'exister en avril 1996.

Le 7 mars 1996, une note de service du SSCA adressée aux membres du Comité interministériel de la SCA indique que les activités relevant de la SCA seront réduites afin de «fournir une base de financement stable à la Stratégie de la santé de la population». On ne sait pas très bien si cela renvoie au Secrétariat de la SCA ou à Santé Canada. De plus, la note indique que «les activités de coordination plus larges de l'ancien Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue cesseront». La note précise que les engagements pris dans le cadre de la SCA seront maintenus, mais qu'aucun autre projet ne sera entrepris. On y mentionne des plans pour poursuivre le travail dans le secteur de la toxicomanie. On ne sait pas très bien si la note renvoie à la DGPPS ou à Santé Canada.

Préoccupations concernant le rôle du SSCA en matière de coordination selon le rapport d'examen à mi-parcours

Le rapport d'examen à mi-parcours indique que le rôle du SSCA en matière de coordination a pu être entravé par les difficultés suivantes.

- Le SSCA ne s'était pas doté d'objectifs de coordination, pas plus qu'on ne lui en avait fixés.
- Acceptation limitée du rôle du SSCA en matière de coordination à Santé Canada et dans les autres ministères.
- Situation du SSCA dans la DGPSS.
- Confusion à l'égard du rôle du CCLT et du SSCA.

Les «réalisations» du SSCA en matière de coordination dont le rapport d'examen à mi-parcours fait état ont notamment trait à des ateliers et conférences sur les jeunes marginaux, à un exposé de principe de Santé Canada sur la réduction des préjudices et à du travail de réflexion sur le projet de loi C-7[62].

Rôle du SSCA en matière de coordination des activités de la SCA

[62] Le personnel du Ministère fait remarquer que d'autres documents ont été produits après l'examen à mi-parcours sur l'étude sur le cannabis et la salle d'urgence.

Les dossiers fournissent effectivement d'importantes données de base sur le rôle du SSCA en matière de coordination des activités de la SCA. Il semble que le SSCA ait reçu pour mandat d'assurer la coordination interministérielle, mais on ne fait aucune mention de la coordination ministérielle. On ne définit pas non plus l'objet de la coordination : s'agit-il des politiques ou des programmes?

Une note d'information non datée sur le Secrétariat de la SCA se lit comme suit : «son rôle principal est d'assurer le fonctionnement intégré de la SCA dans tous les ministères fédéraux concernés (...). Il lui incombe d'assurer la coordination globale des activités de la SCA(...) et de coordonner les fonctions globales comme l'élaboration des données et l'évaluation.» Voici comment on y définit la fonction de coordination :

> Le Secrétariat de la SCA est chargé de la coordination globale de la stratégie fédérale et constitue un centre national et un lien pour la Stratégie au sein du gouvernement fédéral, entre les gouvernements et avec les autres partenaires énumérés plus haut. Il sert de point de contact pour obtenir de l'information sur la SCA (programmes, projets par Ministère/organisme ou autre partenaire). Le Secrétariat veille à ce que les projets et programmes connexes de la Stratégie dans les ministères fédéraux soient fidèles à l'orientation, à l'intention et au ciblage (groupes visés) déterminés par la Stratégie. Dans le cadre de ces fonctions, le Secrétariat peut être amené à déterminer des besoins liés aux programmes et à réunir les partenaires compétents pour en discuter et trouver des solutions. Le Secrétariat s'occupe régulièrement d'entretenir une base de connaissances à jour sur les développements en matière de toxicomanie au sein du gouvernement fédéral et à l'extérieur. Il incite les participants de la Stratégie à réunir des données et à les partager et participe à ces activités.

Dans une note de service datée de novembre 1992, dès après la première réunion du Comité interministériel de la SCA suivant le renouvellement de la SCA pour la Phase II, le SSCA a bien précisé que le CDI se servirait du Comité comme d'un moyen pour améliorer les communications, la coordination et la collaboration entre les ministères fédéraux concernés par la Stratégie canadienne antidrogue.

Les dossiers du SSCA contiennent également un ensemble de plans de travail non datés (et qui portent très probablement sur les années financières 1993-1994 et 1994-1995), dont le statut n'est pas clair (on a écrit «supprimé» sur certains d'entre eux, et très peu semblent avoir été achevés sur le plan des jalons, de la responsabilité et de la ventilation des coûts, ce qui laisse penser qu'ils n'ont peut-être pas été entièrement adoptés). Mais ils donnent une certaine idée de la manière dont le SSCA envisageait son rôle. On y voit que le Secrétariat considérait la coordination comme un «secteur prioritaire» (les autres secteurs prioritaires étant l'élaboration de politiques, les communications et la visibilité, l'évaluation et la gestion).

Les plans de travail énoncent deux objectifs explicites dans le secteur de la coordination :

1) Faciliter et coordonner la mise en oeuvre de la SCA conformément au MC. (L'un des plans de travail le formule comme suit : *promouvoir* et coordonner la mise en oeuvre de la SCA conformément au MC.)

2) Remplir les responsabilités qui incombent au SSCA sur le plan international.

Voir en annexe C la liste des projets relevant de ces objectifs.

Un autre plan de travail (qui semble remonter au 22 août 1994) ne classe pas les projets en fonction des secteurs prioritaires énumérés ci-haut.

Il semble que, vers la fin de 1993, le SSCA se soit concerté avec l'ensemble des secteurs SCA de Santé Canada (et peut-être avec d'autres ministères) pour discuter du rôle optimal du Secrétariat dans le cadre du projet. En janvier 1994, le SSCA faisait circuler un résumé des observations et des questions associées à son rôle et indiquait plus tard qu'il avait l'intention de répondre par une série de documents sur chacun des secteurs d'activité prioritaires, notamment sur la coordination (ces documents devaient être mis en circulation à la fin de 1994). La coordination est le secteur qui semble avoir déclenché le plus d'observations et de questions. On ne sait pas très bien ce que ces consultations ont finalement donné.

De plus, il semble que le SSCA ait essayé de mettre en route un processus de préparation à un examen de la politique du gouvernement fédéral sur la toxicomanie (qui aura lieu d'octobre 1996 à juin 1997 comme on l'a annoncé en juin 1996) et de proposer des préparatifs (consultation nationale) en vue du renouvellement de la SCA pour un troisième mandat (on n'y a pas donné suite).

On a également essayé de faire copier tous les documents et toute la correspondance de la DGSM sur la toxicomanie pour la DGPSS. Le Secrétariat s'est également efforcé d'obtenir une représentation complète de tous les secteurs SCA de Santé Canada à l'échelle interministérielle.

À l'échelle interministérielle, le Secrétariat de la SCA a coordonné les activités du Comité directeur du SMA associées à la Stratégie ainsi que celles du groupe de travail interministériel de la SCA.

Le personnel de Santé Canada a également participé à toute une série d'activités internationales par l'intermédiaire du comité interministériel chargé des questions internationales associées aux drogues (stupéfiants), qui relève de AECI[63].

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

Les mesures prises pour améliorer la coordination et la collaboration dans le cadre des projets destinés aux populations à risque étaient indispensables à la réalisation des objectifs des programmes étant donné la complexité des problèmes et des besoins de ces populations, la nécessité d'avoir accès à des spécialistes, internes et externes, et le besoin de partager l'information régulièrement afin de faciliter l'élaboration de programmes et de stratégies à l'intention de ces populations. La coordination et la collaboration ont également été intégrées au processus de création de partenariats et servi à concrétiser une approche aussi inclusive que possible pour répondre aux besoins des populations à risque. Signalons, entre autres exemples, le groupe d'entraide pour les femmes et la prévention de la toxicomanie et la série de réunions nationales avec des organismes autochtones.

On a des exemples de la façon dont les mécanismes de coordination ont permis d'éviter le chevauchement des mesures prises par divers services de Santé Canada ou d'autres ministères concernés par la SCA, notamment la collaboration entre le BADQD et la DGSM dans le secteur des programmes destinés aux populations autochtones hors-réserve.

Les activités formelles de coordination interministérielle (Groupe de travail interministériel de la SCA et Comité directeur du SMA sur la SCA) se sont espacées considérablement depuis 1994, avec une diminution d'activité en 1995. Il n'y a eu qu'une seule réunion du Comité directeur du SMA en 1996[64]. Les entrevues permettront de savoir pourquoi les activités de coordination interministérielle semblent s'être espacées.

---

[63] Le personnel du Ministère fait remarquer que Santé Canada a également participé aux travaux de la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues et que le Ministère a joué un rôle de premier plan dans la Commission des stupéfiants.

[64] Le personnel du Ministère rappelle que le Comité directeur du SMA n'était censé se réunir qu'une fois ou deux par an et que le Groupe de travail devait se réunir plus souvent.

Il y a eu d'importantes activités de coordination et de collaboration dans les projets destinés aux populations à risque.

Question possible : *Comment envisageait-on la coordination et comment était-elle définie sur le plan opérationnel? Quelles activités touchait-elle (programmes, politiques) et à quels niveaux?*

Question possible : *Répercussions de l'examen à mi-parcours sur les efforts de coordination qui ont suivi.*

Question possible : *Répercussions de la décision de ne pas renouveler la SCA sur les efforts de coordination.*

Question possible : *Dans quelle mesure chaque Direction générale a-t-elle participé aux travaux du Comité interministériel de la SCA? (Il semble que la DGPS se soit tout d'abord retirée du Comité en octobre 1993.)*

Question possible : *Rôle du SSCA dans la coordination depuis l'examen à mi-parcours.*

Pour faire le point

Les entrevues porteront sur la valeur ajoutée des mécanismes de coordination établis dans le cadre de la Phase II de la SCA. On pourra également voir ce qu'il est possible de maintenir à cet égard malgré la décision de ne pas renouveler le mandat de la SCA.

√ Comment les mesures d'amélioration de la coordination et de la collaboration se sont-elles répercutées sur la capacité des programmes à réaliser leurs objectifs?

Que nous dit la documentation?

S.O.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

S.O.

Pour faire le point

Les entrevues permettront d'approfondir les questions concernant les répercussions des mécanismes de coordination sur la réalisation des objectifs de programme.

Une meilleure base d'information*

** Voir en annexe F le rapport sur les activités de la base de données de la SCA.*

√ Comment Santé Canada avait-il l'intention d'améliorer sa base d'information?

La présentation au CT fait état des activités suivantes.

Éducation et prévention

Élaborer et échanger de l'information et de la documentation

- Effectuer des recherches en vue d'une campagne multimédia ciblée (jeunes gens : conduite avec facultés affaiblies; femmes d'âge mûr : consommation de drogues licites; jeunes marginaux, jeunes de la rue, décrocheurs). Activités prévues : publicité, produits d'information et de promotion, ressources et soutien communautaires, analyse régulière.

- Partenariats avec le secteur privé : soutien à la publicité imprimée et diffusée sur les ondes, documents de promotion (y compris imprimés), achats d'espace ou de temps dans les médias, parrainages, subventions de démarrage pour les activités communautaires.

Selon le rapport d'examen à mi-parcours, les secteurs suivants de Santé Canada ont obtenu des fonds destinés spécialement aux activités d'information : le SSCA, le PNRDS et le CCLT. Il semble cependant que d'autres centres de responsabilité aient eux aussi développé leur base d'information, notamment le BADQD, la Promotion des programmes, la DGSM et la DGPS.

Information et recherche

Recherche ciblée sur les tendances dans la consommation d'alcool et de drogues, l'attention se portant plus particulièrement sur les groupes à risque. Les nouvelles recherches seront axées sur les jeunes (notamment les jeunes de la rue et les décrocheurs), les femmes et les Autochtones.

- Deuxième enquête nationale sur les groupes à risque (y compris la question de la conduite avec facultés affaiblies).
- Enquête nationale sur les enfants et les adolescents (première du genre au Canada).
- Étude interministérielle sur les fugueurs et les jeunes de la rue.
- Examen des évaluations des programmes de prévention et de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.
- Révision de publications du Ministère (*L'alcool au Canada* et *Les drogues licites et illicites au Canada*).

Des équipes de recherche mieux préparées pour circonscrire, synthétiser et analyser les nouvelles drogues de confection.

Appui du PNRDS à la recherche sur les populations visées par les programmes, reflet des besoins d'information du Ministère.

- Recherche portant sur les groupes visés par les programmes, notamment les chômeurs, les jeunes de la rue, les personnes âgées, les femmes, les Autochtones hors-réserve.
- Élaboration d'un consensus sur la terminologie.
- Collecte de données sur les patients et sur les normes d'évaluation.
- Méta-analyse des banques de données actuelles (Enquête sur la promotion de la santé, Enquête nationale sur l'alcool et autres drogues, etc.).
- Recherche dans les secteurs prioritaires, notamment : les soins médicaux, la promotion de la santé, la prévention des maladies, la réadaptation, la gestion des risques, la santé des Autochtones, la diffusion des résultats de la recherche dans le domaine de la santé.
- Soutien des équipes ou des services de recherche par opposition aux particuliers ou aux recherches isolées.

√ Quelles améliorations a-t-on apportées à la base d'information de Santé Canada?

Que nous dit la documentation?

DGPPS

À partir des profils d'activité fournis par le BADQD, nous avons dressé une liste préliminaire des projets qui ont permis d'améliorer la base de données/d'information de Santé Canada dans le secteur de la toxicomanie :

- Enquête sur l'alcool et autres drogues au Canada, notamment dans son application dans les T.N.-O. et dans l'étude des populations à risque au Yukon.
- Étude du ressort psychologique dans les collectivités.
- Analyse des questions énumérées dans le cycle 8 de l'ESG de Statistique Canada (résultats parus dans Horizons).
- Autres questions concernant l'alcool et le SAF dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (1994)[65].
- Rapport de base : Alcool et drogues licites et illicites/Horizons 1994 : La consommation d'alcool et autres drogues au Canada. La revue mettait à jour les données parues dans les premiers rapports de 1989 et incluait de nouvelles données tirées de l'ESG.
- Étude des liens entre la santé mentale et la toxicomanie.
- Examen des mécanismes de synthèse et de diffusion de l'information sur la toxicomanie.
- Coordination et facilitation de la diffusion de l'information (qualitative et quantitative) sur la toxicomanie dans les collectivités (Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies).
- Les coûts de l'abus de substances au Canada (rapport).

[65] Le personnel du Ministère précise que ces questions portaient sur la consommation d'alcool, de médicaments et de drogues illicites au cours de la grossesse.

- Analyses bibliographiques et directives pour la recherche sur les populations à risque.
- Identification de la nature et de l'ampleur des efforts de collaboration entre les secteurs de la santé et ceux de l'exécution de la loi au Canada.
- Table ronde fédérale sur la toxicomanie.
- Évaluation du modèle de programme de réapprentissage du rôle de parent élaboré par la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances.
- Autres projets destinés aux groupes à risque (voir plus haut la section consacrée au ciblage)[66].

Projets de formation (développement et diffusion des connaissances)

- Quatre (4) projets ont permis soit de produire de la documentation, soit d'évaluer l'efficacité de modèles de formation, soit d'évaluer les besoins de formation des spécialistes (notamment les professionnels de la santé et le personnel du lieu de travail), des praticiens et des dispensateurs de services de divers domaines.
- Autres projets destinés aux Autochtones (voir plus haut la section consacrée au ciblage)[67].

Les activités du CCLT dans les domaines de la recherche et de l'information sont si variées qu'elles semblent avoir été le moyen le plus important et le plus prolifique d'élaboration, de développement et de diffusion de l'information dans le cadre de la SCA. Dans son examen annuel de 1994-1995, le CCLT indique qu'il considère son mandat, qui est de contribuer à l'élaboration et à l'application de connaissances et de compétences dans le domaine de la toxicomanie, comme sa «principale raison d'être».

---

66 Le personnel du Ministère fait remarquer qu'il y a eu d'autres projets, notamment une étude du mode de vie des jeunes de la rue et une analyse bibliographique sur les caractéristiques des récidivistes de la conduite avec facultés affaiblies.

67 Selon le personnel du Ministère, les projets de formation comportaient également une série d'ateliers Russell sur le travail avec les jeunes marginaux.

On y mentionne les activités suivantes dans le cadre de l'objectif d'élaborer un «système canadien de connaissances sur l'alcool et les autres drogues».

- Création du Centre national de documentation sur la toxicomanie.
- Étude sur les coûts sociaux et économiques de l'alcoolisme et de la toxicomanie (le rapport sur *Les coûts de l'abus de substances au Canada* vient de sortir).
- Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET).
- Réseau d'information sur la toxicomanie au travail.

Il y a eu d'autres services et activités d'information, entre autres : le réseau canadien d'information sur la toxicomanie, la collecte de données du CCLT, les réseaux de groupes d'intérêts, les produits de bases de données électroniques, les produits imprimés et l'édition, les relations avec les médias, l'enseignement et la formation, et les avis sur les programmes et les politiques. Le CCLT publie également *Action nouvelles*, bulletin d'information sur les questions de toxicomanie au Canada et dans le monde.

PNRDS

Une liste des projets financés dans le cadre de la SCA est toujours censée sortir au moment où nous rédigeons ce rapport.

DGSM

La Direction générale des services médicaux, en collaboration avec les organismes autochtones nationaux, a élaboré une Stratégie nationale sur la consommation de solvants. Les mesures préalables à l'application de la Stratégie ont permis d'obtenir de l'information et des données spécialisées sur cette question :

- Le rapport intitulé *La vérité guérit* résume les résultats des consultations et circonscrit les caractéristiques des consommateurs de solvants, les facteurs de risque et les modes de prévention qui constituent la base de la Stratégie.

DGPS

- Amélioration du système d'information du Bureau de la surveillance des médicaments.

- Étude sur la consommation de drogue parmi les spécialistes au Canada.

- Atelier national sur le traitement à la méthadone.

Le rapport d'examen à mi-parcours indique qu'on n'a jamais évalué les besoins d'information de Santé Canada ni dressé de plan pour intégrer «la production et l'utilisation de l'information dans la perspective des objectifs de la SCA». Le rapport ajoute qu'il faudrait procéder comme suit pour gérer l'élaboration de l'information :

- Coordonner l'évaluation des besoins d'information de Santé Canada pour élaborer une politique et une législation et pour concevoir et proposer des programmes.
- Élaborer un plan coordonné pour produire cette information à l'échelle du Ministère et non pas programme par programme.
- Trouver un moyen de s'assurer que les résultats de la collecte et l'analyse des données peuvent servir aux décideurs.
- Trouver un moyen de faciliter l'utilisation fructueuse de cette information par les décideurs.

D'après le rapport d'examen à mi-parcours, on n'avait guère de preuve que l'information produite dans le cadre de la SCA ait été utilisée par Santé Canada, bien qu'il y ait eu quelques bons exemples de partage de l'information (notamment des forums d'échange d'information comme les comités) entre des secteurs de Santé Canada relevant de la SCA et extérieurs à la Stratégie.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

L'une des améliorations les plus sensibles de la base d'information semble être associée à l'exercice de ciblage. Pour cibler les politiques et les programmes, il fallait en effet que Santé Canada fasse des recherches et procède à des consultations pour déterminer les caractéristiques et les besoins des populations visées. Cela, en soi, a contribué à structurer l'élaboration des programmes et des politiques ayant trait à la toxicomanie au Canada.

Il y a eu d'autres améliorations, très importantes, à la base d'information, notamment, par exemple, l'évaluation des coûts socio-économiques de la toxicomanie pour la société canadienne.

Il faut rappeler que l'amélioration de la base d'information ne s'est pas limitée aux activités liées aux bases de données, mais qu'il y a eu également des activités de recherche et toutes sortes d'autres activités connexes. Le protagoniste le plus actif à cet égard a été le CCLT dans sa fonction de centre de documentation. De plus, selon le personnel du Ministère, Santé Canada a effectué toutes les enquêtes spéciales nécessaires et participé aux travaux de tous les comités directeurs du CCLT.

Pour faire le point

Les entrevues et l'analyse bibliographique devront permettre d'examiner en quoi les améliorations apportées à la base d'information de la SCA se sont répercutées sur l'élaboration des programmes et des politiques ayant trait à la toxicomanie.

√ Comment Santé Canada a-t-il utilisé l'information obtenue dans le cadre de la SCA?

Que nous dit la documentation?

Ce genre de renseignements n'étaient pas fournis dans les documents que nous avons examinés.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

S.O.

Pour faire le point

Les entrevues seront l'occasion d'approfondir cette question.

√ Quel effet cette information a-t-elle eu sur les programmes?

Que nous dit la documentation?

Le ciblage des programmes de prévention semble s'être appuyé sur l'information relative aux populations visées obtenue dans le cadre de la Phase II de la SCA. Il semble de plus que la collecte de données sur les populations visées ait été régulière.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

Le degré d'intégration entre l'information obtenue dans le cadre de la Phase II de la SCA et les programmes élaborés dans le même temps dépend peut-être de la population visée, des mécanismes ou des produits d'information utilisés ainsi que de l'opportunité relative des activités de production d'information et d'élaboration de programmes. La mesure dans laquelle l'amélioration de l'information s'est répercutée sur l'élaboration des politiques et des programmes a peut-être été limitée par le fait que les activités d'amélioration de la base d'information ont commencé au moment même où l'élaboration des politiques et des programmes était censée commencer.

Question possible : *Quel degré d'intégration a-t-on obtenu? Disposons-nous désormais d'une information de meilleure qualité, juste au moment où la SCA tire à sa fin? Y a-t-il des chances que cette information serve encore?*

<u>Utilisation des ressources</u>

√ Quelles ressources supplémentaires Santé Canada devait-il obtenir au titre de la SCA?

√ Quelles ressources supplémentaires Santé Canada a-t-il effectivement obtenues au titre de la SCA?

Au moment de sa création en 1992, la branche Santé Canada de la SCA devait obtenir au total 191 350 000 dollars entre 1992-1993 et 1996-1997. À partir de 1993, ces fonds ont été réduits en raison de la réduction des Subventions et Contributions et d'autres compressions budgétaires. Le tableau 2 indique l'écart entre les fonds initialement attribués à la SCA et les fonds effectivement accordés chaque année.

TABLEAU 2 : RESSOURCES DE LA SCA

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Approuvées en 1992						
Serv. et prom. de la santé	13,4	17,9	17,9	16,4	16,4	82
Protection de la santé	0,17	2,37	2,37	2,37	2,37	9,65
Services médicaux	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	12,5
Planif. des politiques et info.	1	1	1	1	1	5
TOTAL	17,07	23,77	23,77	22,27	22,27	109,15
Ressources réelles (1992-1996) et budget actuel (1996-1997)						
Serv. et prom. de la santé	13,4	15,5	14,7	12,5	3,2	59,2
Protection de la santé	0,17	1,2	0,8	0,4	0,17	2,74
Services médicaux	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	12,5
Secrétariat	0,6	0,6	0,9	0,6		2,7
TOTAL	16,67	19,8	18,9	16	5,87	77,14
Écarts						
Serv. et prom. de la santé	0	2,5	3,2	3,9	13,2	22,8
Protection de la santé	0	1,17	1,57	1,97	2,2	6,91
Services médicaux	0	0	0	0	0	0
Secrétariat	0,4	0,4	0,1	0,4	1	2,3
ÉCART TOTAL	0,4	3,97	4,87	6,27	16,4	32,01

Nous ne pensons qu'il serait très utile ici d'essayer de reconstituer dans le détail les diverses compressions budgétaires qui ont suivi la répartition des ressources ci-dessus. Il faut cependant rappeler que les fonds prévus pour 1996-1997 étaient de

22,3 millions de dollars contre les 5,9 millions effectivement obtenus, soit un écart de 16,4 millions[68].

Certains projets ont été ciblés[69] en fonction de certaines populations, surtout à la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé. La Direction générale des services médicaux ne vise que les Autochtones, dans les réserves et hors-réserve, et surtout les jeunes (quoique, du moins en Alberta, elle vise également les personnes âgées). La Direction générale de la protection de la santé n'a pas ciblé ses activités en fonction de groupes particuliers.

Les données du tableau 3 ci-dessous sont tirées d'un certain nombre de sources, dont des descriptions de projets et des plans de travail annuels. Nous n'avons pas pu obtenir de données définitives sur le ciblage des projets, parce que personne, aux Programmes, ne tient à jour de base de données électronique dont on aurait pu tirer des données sur le ciblage. Nous n'avons pas essayé de reconstituer le ciblage de l'ensemble des activités des Programmes au cours des cinq dernières années. Nous avons préféré examiner un échantillon de descriptions de projets et de plans de travail correspondant à 16 % des fonds attribués à Santé Canada pour la SCA. Plus de 90 % de ces projets ont été ciblés en fonction de populations précises. Dans cet échantillon :

- les jeunes étaient la cible principale des projets de Santé Canada (43,9 % des ressources);
- les Autochtones, les femmes et les personnes âgées représentaient chacun 16 % à 21 % des ressources des projets (à l'exclusion des fonds attribués à la Direction générale des services médicaux);
- les projets sur la conduite avec facultés affaiblies n'étaient pas très prioritaires et représentaient environ 3,2 % des projets et des ressources des projets.

---

[68] Remarque : le Secrétariat a été démantelé à la fin de 1996.

[69] Le lecteur trouvera ici également des renseignements sur le ciblage car nous voulions faire un portrait aussi complet que possible : l'information a été ajoutée au chapitre consacré à l'analyse documentaire après l'établissement du rapport initial. Lorsqu'on renvoie, ailleurs dans ce document, au travail portant sur la question du ciblage des fonds, il faut comprendre que ce travail a été mené à bien pour autant qu'on disposait d'information.

Les cibles de certains projets se chevauchent (ex. : les personnes âgées autochtones), mais les chiffres ci-dessous renvoient à la cible principale.

TABLEAU 3 : FINANCEMENT DES PROJETS CIBLÉS

	Jeunes	Femmes	Personnes âgées	Autochtones	Conduite avec facultés affaiblies	Cible non précisée	TOTAL
Ressources réelles (1992-1996) et budget actuel (1996-1997)							
Serv. et Prom. de la santé	5,9	2,2	2,5	2,9	0,4	45,3	59,2
Protection de la santé						2,74	2,74
Services médicaux				12,5			12,5
Secrétariat						2,7	2,7
TOTAL	5,9	2,2	2,5	15,4	0,4	50,74	77,14
Pourcentage	7,6 %	2,9 %	3,2 %	20,0%	0,5 %	65,8 %	

√ *Comment les ressources ont-elles effectivement été utilisées, c'est-à-dire : ont-elles servi aux projets de la SCA ou à d'autres fins?*

DGPPS

Les ressources semblent bien avoir servi aux projets de la SCA.

Des données préliminaires relatives aux dépenses opérationnelles et au financement des projets ont été fournies par le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance. Ces données couvrent une partie indéterminée des projets réalisés par la Direction de la promotion de la santé ainsi que les projets financés dans le cadre de l'application régionale du Programme de soutien communautaire.

DGSM

Les ressources semblent bien avoir servi aux projets de la SCA, mais nous ne savons rien pour l'instant de la nature des activités financées dans les réserves à l'échelle régionale.

Selon le personnel de la DGSM, la Direction générale disposait de 2,5 millions de dollars par an pour les besoins de la SCA, le tout provenant des Subventions et Contributions. L'affectation n'a pas changé : il n'y a pas eu de compressions budgétaires. Chaque année, on a imputé 1,5 million aux projets applicables dans les réserves et 1 million aux projets hors-réserve. Dans le premier cas, on a «décentralisé» 1,1 million pour les répartir entre les bureaux régionaux. Les 400 000 dollars restants ont été affectés à deux projets nationaux. Quant aux projets hors-réserve, selon l'année financière, on a affecté de 500 000 $ à 750 000 $ aux projets communautaires de prévention de la consommation de solvants[70]. Le reste (sur le total de 1 million pour les projets hors-réserve) a été affecté à un projet coordonné à l'échelle nationale, de concert avec le BADQD : l'entraide chez les jeunes dans les centres d'amitié.

Nous avons obtenu des données sur les ressources des projets hors-réserve financés dans le cadre de la SCA et nous avons de l'information sur les deux projets nationaux réalisés dans les réserves.

DGPS

Les ressources semblent bien avoir servi aux activités de la SCA.

Analyse préliminaire et questions d'évaluation possibles

Un premier examen des listes de projets et d'autres données laisse penser que, dans la vaste majorité des cas, les activités et les projets de la SCA semblent bien correspondre à ce que prévoyait la présentation au CT. Il faudrait peut-être encore clarifier certains aspects, par exemple la mesure dans laquelle on a abordé le problème de la conduite avec facultés affaiblies, le degré de ciblage des programmes en fonction de la population/collectivité générale, la difficulté à retracer le ciblage final des projets régionaux de la DGSM, etc.

Pour faire le point

---

[70] On a envoyé trois trousses d'information pour demander des propositions de projets (en novembre 1993, en décembre 1994 et en janvier 1996). Les lettres qui les accompagnaient indiquaient le montant mis de côté pour le financement des projets : 750 000 $ en 1994-1995, 750 000 $ en 1995-1996 et 500 000 $ en 1996-1997.

On demandera des données financières au Bureau de la recherche sur les médicaments.

On pourra demander aux régions, si elles en disposent, des données sur le financement des projets réalisés dans les réserves et administrés par les bureaux régionaux, pour analyser les dépenses par secteur d'activité et par groupe cible.

√ ***Si des ressources ont été réaffectées, en fonction de quels critères l'ont-elles été?***

Rien n'indique pour l'instant que l'on ait réaffecté des ressources. Nous ne disposons cependant pas de toutes les données financières.

√ ***Quelles seraient les répercussions du non-renouvellement des ressources attribuées à la SCA?***

Selon le personnel du Ministère, toutes les activités qui ont besoin d'être financées par Santé Canada disparaîtraient (notamment la recherche, l'élaboration de programmes, les segments de financement relevant des Subventions et Contributions et les ateliers nationaux), tandis que les activités d'élaboration de politiques et de coordination seraient maintenues. On ne sait pas très bien si le CCLT sera en mesure de devenir autosuffisant pour poursuivre son travail.

ANALYSE DOCUMENTAIRE
ANNEXES

A - SECTEURS D'ACTIVITÉ PRÉVUS POUR LA PHASE II
B - MÉCANISMES DE COORDINATION DE LA SCA À SANTÉ CANADA
C - PROJETS DE COORDINATION DU SSCA
D - SITUATION ACTUELLE DES SERVICES DE LA SCA À SANTÉ CANADA
E - PERSONNES-RESSOURCES POUR L'ANALYSE DOCUMENTAIRE, L'EXAMEN DES RESSOURCES ET L'EXAMEN DE LA BASE DE DONNÉES
F - EXAMEN DE LA BASE DE DONNÉES DE SANTÉ CANADA POUR LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE
G - GUIDE D'ANALYSE DOCUMENTAIRE

ANNEXE A - SECTEURS D'ACTIVITÉ PRÉVUS POUR LA PHASE II

Le MC et la présentation au CT précisent certains secteurs d'activité. Le Cadre d'évaluation de SBSC de 1992 est plus détaillé à cet égard. Les centres de responsabilité désignés dans ces documents de planification sont indiqués dans le tableau ci-dessous. (Remarque : il se peut que les homologues actuels de ces centres de responsabilité portent un nom différent ou se trouvent dans un endroit différent : voir la liste de l'annexe D.)

SECTEURS D'ACTIVITÉ DE LA SCA À SANTÉ CANADA				
MC	Présentation au CT	Cadre d'évaluation de SBSC - 1992	Centres de responsabilité* Seuls ceux que le MC, la présentation au CT ou le Cadre d'év. mentionnent par leur nom sont énumérés ici	Secteur d'activité
Éducation et prévention . Formation et sensibilisation . Soutien communautaire (prévention et traitement) . Projets PNLAADA . Programmes pour Autochtones hors-réserve . Toxicomanie chez les professionnels de la santé	Éducation et prévention . Programmes de sensibilisation et de formation à l'intention des collectivités, des familles et des écoles concernant l'alcool, les drogues et la conduite avec facultés affaiblies . Élaboration et partage d'information et de documentation . S et C pour les programmes de prévention et de traitement à l'intention des enfants et des adolescents à risque, des délinquants primaires et des récidivistes de la conduite avec facultés affaiblies, des femmes, des familles (surtout à l'égard du syndrome d'alcoolisme foetal et de la violence) . Toxicomanie chez les professionnels de la santé : readaptation, réintegration, dépistage précoce, etc . Aide financiere pour les projets à l'intention des jeunes dans les reserves et hors-reserve	Prévention . Sensibilisation et information du public . Éducation et formation . Soutien communautaire . Consultation et coordination . Recherche et contrôle	**Direction de la promotion de la santé (DPS), Direction générale des programmes et des services de santé (DGPSS)** (Cadre d'év. de SBSC de 1992) **Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), Direction générale des programmes et des services (DGPSS) services de santé (DGPSS)** (Cadre d'év. de SBSC de 1992) **Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), Direction générale des services médicaux (DGSM)** (Cadre d'ev. de SBSC de 1992) **Bureau des drogues dangereuses (DDD), Direction générale de la protection de la santé (DGPS)** (Cadre d'ev. de SBSC de 1992)	**DPS (DGPPS)**[1] . Élaboration de politiques . Élaboration de programmes . Consultation et réseaux . Diffusion des connaissances et développement de compétences . Programme de soutien communautaire . Coordination et planification opérationnelle **PNRDS** Voir ci-dessous **DGSM**[2] . S et C dans les réserves (généralement administrés par les régions, à part deux projets nationaux : la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies et le Programme national des personnages modèles autochtones)

1 Santé Canada, Direction de la promotion de la santé, Plans de travail, 1993-1994,1994-1995, 1995-1996, 1996-1997.

2 Santé Canada, Direction générale des services médicaux, Avis au ministre (note d'information datée du 18 mars 1996).

SECTEURS D'ACTIVITÉ DE LA SCA À SANTÉ CANADA				
MC	Présentation au CT	Cadre d'évaluation de SBSC - 1992	Centres de responsabilité* * Seuls ceux que le MC, la présentation au CT ou le Cadre d'év. mentionnent par leur nom sont énumérés ici	Secteurs d'activité
Exécution de la loi et contrôle . Identification et analyse des drogues . Programme sur le détournement des médicaments . Application de la nouvelle législation . Contrôle des précurseurs et des stéroïdes anabolisants . Unités antidrogue spéciales mixtes intégrées	Exécution de la loi et contrôle . Consolidation et coordination de la politique sous-tendant les activités de réduction de l'offre (traduit les efforts du Canada sur le plan international) . Identification et analyse des drogues . Nouvelle législation . Contrôle des précurseurs et des stéroïdes anabolisants . Unités antidrogue spéciales mixtes intégrées	Exécution de la loi et contrôle . Cadre législatif et administratif . Information . Identification et analyse des drogues . Méthodes d'analyse . Prévention du détournement des médicaments . Contrôle et prévention de la toxicomanie	**Direction des drogues (DD), Direction générale de la protection de la santé (DGPS)** **Direction des opérations régionales (DOR), Direction générale de la protection de la santé (DGPS)**	. S et C hors-réserve (programme coordonné à l'échelle nationale) **DGPS[3]** . Toxicomanie chez les professionnels de la santé **DGPS[4]** . Prévention du détournement des médicaments (contrôle des ordonnances et du shopping médical) . Identification et analyse des drogues . Nouvelle législation (projet de loi C-7 : Loi réglementant certaines drogues et autres substances . Contrôle des précurseurs et des stéroïdes anabolisants

3 Santé Canada, Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, Livre bleu, 1994-1995.

4 Santé Canada, Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, Livre bleu, 1994-1995.

SECTEURS D'ACTIVITÉ DE LA SCA À SANTÉ CANADA				
MC	Présentation au CT	Cadre d'évaluation de SBSC - 1992	Centres de responsabilité* * Seuls ceux que le MC, la présentation au CT ou le Cadre d'év. mentionnent par leur nom sont énumérés ici	Secteurs d'activité
Information et recherche . Projets du PNRDS . Recherche ciblée . Méthodes d'analyse Échelle nationale . CCLT (augmentation des ressources) . Secrétariat de la SCA	Information et recherche . Recherche ciblée sur les tendances dans la consommation d'alcool et de drogues, notamment dans les groupes à risque. Les nouvelles études porteront surtout sur les jeunes (notamment les jeunes de la rue et les décrocheurs), les femmes et les Autochtones. . Équipes de recherche mieux préparées pour identifier, synthétiser et analyser les nouvelles drogues de confection. . Soutien du PNRDS à la recherche sur les populations visées par les programmes (traduit les besoins d'information du Ministère) Échelle nationale . Rôle de leadership du CCLT . Rôle du Secrétariat de la SCA communications, coordination et évaluation dans les ministères et entre les ministères		PNRDS (MC, Prés. CT)	**DGPS** . Information et soutien à l'infrastructure **PNRDS** . Consultation nationale sur les priorités de financement de la recherche pour les groupes à risque . Programme de recherche ciblée (révision des demandes de propositions pour tenir compte des groupes visés; financement de 9 projets approuvé). . Programmes de recherche appliquée sur l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées (collaboration avec le Programme de recherche sur l'autonomie des personnes âgées (PRAPA) . Concours pour le prix de la communauté des chercheurs **CCLT** **DGSM** . La vérité guérit (rapport sur les consultations concernant la consommation de solvants chez les Autochtones)

SECTEURS D'ACTIVITÉ DE LA SCA À SANTÉ CANADA				
MC	Présentation au CT	Cadre d'évaluation de SBSC - 1992	Centres de responsabilité* * Seuls ceux que le MC, la présentation au CT ou le Cadre d'év. mentionnent par leur nom sont énumérés ici	Secteurs d'activité
			CCLT (MC, Prés. au CT) Secrétariat de la SCA (MC, Prés. au CT)	**DGPS**[5] Système automatisé du BDD **CCLT** .Communications (publications, relations avec les médias, *Action nouvelles*, marketing) . Centre de documentation (bases de données, réseaux d'information, services informatiques, service d'information sur le SAF) . Politiques, recherches et information (analyse des politiques, coordination des recherches, élaboration de données) . Autres (liaison, formation, conférences nationales, la drogue sur les lieux de travail, réseau jeunesse) **Secrétariat de la SCA**[6] . Coordination . Gestion . Élaboration de politiques . Évaluation . Communications et visibilité

5 Santé Canada, Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, Livre bleu, 1994-1995.

6 Santé Canada, Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, Plans de travail, 1994-1995.

ANNEXE B - MÉCANISMES DE COORDINATION DE LA SCA À SANTÉ CANADA

À l'échelle nationale

Remarque : Tous les mécanismes englobent Santé Canada et les partenaires externes (il peut s'agir de provinces, de territoires, d'ONG et de membres des groupes visés par les programmes).

Comité directeur de la santé et de l'exécution de la loi en partenariat	
Conseil consultatif du ministre sur les activités de la SCA	CCLT (Phases I et II, démantelé)
Comité directeur national sur les jeunes marginaux	(Phase II, n'existe plus, projet mené à terme)
Comité consultatif du CCLT sur le SAF	CCLT (Phases I et II, toujours en vigueur)
Groupe des politiques	CCLT (Phases I et II, toujours en vigueur)
Groupe de travail sur les médias et la toxicomanie	a/s CCLT (Phases I et II?)
Comité consultatif du CRTC sur la publicité des boissons alcoolisées	(existait avant la SCA, toujours en vigueur)
Groupe d'entraide pour les femmes et la prévention de la toxicomanie	(Phase II, toujours en vigueur)
Groupe de travail sur le mode de vie dans la rue	(Phase II, a existé jusqu'en 1995)

À l'échelle FPT

Groupe de travail FPT sur les personnes âgées et les médicaments	(Phase II)
Groupe de travail FPT sur la conduite avec facultés affaiblies	Sous la direction de Justice Canada (nouveau mandat et leadership dans le cadre de la Phase II)

Groupe FPT sur les questions associées à l'alcool et les autres drogues	(toujours en vigueur)
Comité de recherche FPT sur l'ANAD	(Phase II, n'existait plus en avril 1996, rapport d'enquête publié)
<u>À l'échelle interministérielle</u>	(Phases I et II, toujours en vigueur)
Comité directeur du SMA sur la SCA	
Groupe de travail interministériel sur la SCA	(Phase II, toujours en vigueur)
Comité de travail sur les communications de la SCA	(Phase II, n'existait plus en avril 1996)
Comité interministériel des questions internationales relatives aux drogue*	AECI (Phases I et II, toujours en vigueur)
Comité interministériel sur l'alcool au volant*	Justice Canada (nouveau mandat et leadership dans le cadre de la Phase II de la SCA)
Comité interministériel du projet de loi C-8	(Phase II, n'existe plus, projet de loi entré en vigueur)
Comité interministériel sur le crime organisé transnational*	Non dirigé par Santé Canada
* Ces comités ont un mandat dont la portée dépasse la SCA.	
<u>À l'échelle ministérielle</u>	
Comité de coordination SAF	(Phase II, toujours en vigueur)
Groupe de travail sur les questions de politique associées à l'alcool	(Phase II, toujours en vigueur)
Groupe de travail sur les personnes âgées et les médicaments	(Phase II, toujours en vigueur)

Loi réglementant certaines drogues et autres substances (projet de loi C-8) (Phase II)

<u>À l'échelle de la Direction générale</u> (DGPSS, plus tard SGPPS)

Remarque : Ces mécanismes doivent leur existence à la SCA, mais ils ne sont pas limités à la SCA sur le plan de la participation : tous les protagonistes compétents y participent.

Groupe des ressources de la SCA (Phase II, n'existe plus)

Groupe de travail sur le mode de vie dans la rue (Phase II, n'est plus actif)

ANNEXE C - PROJETS DE COORDINATION DE LA SCA[1]

Projets relevant de l'objectif n° 1

- Élaborer le Livre bleu et le faire circuler parmi les partenaires de la SCA.

  Objectifs : élaborer une compilation exacte et conviviale de la description des programmes de la SCA; veiller à ce que les projets soient fidèles à l'esprit de la Stratégie et au MC; fournir des mises à jour à tous ceux qui ont un exemplaire du Livre bleu pour les tenir au courant des modifications apportées aux programmes de la SCA; se servir des données du Livre bleu pour étayer le rapport au Conseil du Trésor et les demandes de données sur la SCA.

- Participer au processus de consultation fédéral-provincial-territorial

  Objectifs : tenir les partenaires de la SCA au courant de l'évolution de la Phase II; prendre acte des préoccupations et des réussites des partenaires; entretenir et développer le réseau actuel; réaffirmer le rôle du SSCA comme guichet unique en matière de coordination de l'information sur la SCA.

- Favoriser les liens entre la SCA et d'autres secrétariats.

  Objectif : promouvoir la coordination horizontale des activités relatives à la toxicomanie.

- Soutien des programmes et avis au ministre de la Santé, principal ministre responsable de la Stratégie canadienne antidrogue.

  Objectif : fournir au ministre des conseils judicieux et opportuns sur les questions actuelles et émergentes que suscite la SCA.

- Élaborer et offrir un atelier régional sur l'exécution de la loi.

  Objectifs : Fournir aux participants de l'information et des instruments actualisés se rapportant à leur mandat; permettre aux participants de créer un réseau d'entraide et de former de nouveaux partenariats; circonscrire, grâce à l'atelier, d'autres modes de soutien que la SCA peut offrir.

- Maximiser l'efficacité du SSCA en lui apportant aide et soutien **(on a indiqué : «supprimé»)**.

Objectif : fournir des renseignements, des conseils et des données spécialisées au personnel du SSCA; représenter le personnel du SSCA selon les besoins à des réunions, conférences et autres assemblées.

- Élaborer, élargir et entretenir un réseau national de consultation sur l'exécution de la loi.

  Objectifs : créer le Comité interministériel d'exécution de la loi de la SCA; élargir le réseau actuel des partenaires pour englober les services de police municipaux et provinciaux; s'adresser à l'ACCP et explorer les possibilités de collaboration; faciliter les entreprises communes entre les groupes d'exécution de la loi et les groupes chargés de la santé.

- Sensibiliser le personnel du gouvernement fédéral, et plus particulièrement de Santé Canada, à la Semaine de sensibilisation aux drogues et à la Semaine nationale de l'intégration des personnes handicapées.

  Objectif : planifier, élaborer et mettre en place une approche intégrée de la SSD et de la SNIPH.

- Créer un Comité de travail sur les communications de la Stratégie canadienne antidrogue.

  Objectif : Élaborer une approche intégrée des communications dans le cadre de la SCA.

- Conférence nord-américaine sur la conduite avec facultés affaiblies.

  Objectifs : représenter la SCA à la conférence; obtenir de l'information sur le dernier programme destiné aux contrevenants; élargir le réseau.

- Symposium sur le SAF en Saskatchewan

  Objectifs : représenter la SCA au symposium; attirer l'attention sur le rôle de la SCA dans ce domaine; exposer de la documentation sur la toxicomanie; présider deux séances et discuter du rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine.

- Consultations fédérales-provinciales-territoriales sur la Phase II de la SCA.

  Objectifs : renseigner les partenaires sur l'évolution de la Phase I à la Phase II; avoir une idée des problèmes et des besoins des partenaires communautaires; établir de nouveaux contacts pour élargir le réseau d'entraide; réaffirmer le rôle du SSCA comme guichet unique en matière de coordination de l'information relative à la SCA.

- Symposium international sur l'usage modéré de l'alcool organisé par l'ARF (Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie).

  Objectifs : se renseigner sur les arguments et les idées des scientifiques sur les avantages d'une consommation modérée pour la santé; participer au débat sur le pour et le contre de la consommation modérée sur le plan de la santé; réviser le document de principe au nom de la SCA (Élaboration des politiques); élargir le réseau du secteur de la recherche en matière de toxicomanie.

- Réunion du Conseil consultatif de la sécurité du CCATM.

  Objectifs : fournir des conseils et des contacts au CCATM sur les questions de sécurité routière et notamment sur l'alcool au volant; fournir de l'information aux membres du CCATM et de l'ATC sur les aspects de la SCA relatifs à la conduite avec facultés affaiblies; créer un réseau avec les responsables de la sécurité routière et de la délivrance des permis de conduire; contribuer à la préparation de la prochaine conférence internationale sur l'alcool au volant.

- Jeunes marginaux.

  Objectifs : fournir des données sur les recherches et les programmes à ceux qui, dans les régions, travaillent avec les populations visées par les programmes; élargir et améliorer le réseau; coordonner les bases théoriques et pratiques du travail de prévention effectué auprès des groupes cibles de la SCA.

- Coordination sur le terrain.

  Objectifs : soutenir les activités de développement ou d'extension de la coordination à l'échelle communautaire; élargir le niveau actuel de connaissance de la coordination communautaire.

- Répondre aux demandes d'information et de participation (**on a indiqué : «supprimer»**).

  Objectifs : fournir des renseignements exacts et opportuns en réponse aux demandes provenant du gouvernement fédéral et de l'extérieur; participer aux réunions sur demande, si possible.

Projets relevant de l'objectif n° 2

- Groupe d'évaluation de la CICAD (Objectif : participer en tant que membre du groupe de travail canado-mexicain chargé d'évaluer la CICAD).

- Réunions de la CICAD (Objectif : faire partie de la délégation canadienne à la quatorzième et à la quinzième réunions ordinaires de la CICAD).

- Réunion de la Commission sur les stupéfiants (Objectif : coordonner la préparation de la réunion de la Commission sur les stupéfiants et assumer au besoin la direction de la délégation canadienne à cette occasion).

- Définition des responsabilités internationales du SSCA (Objectif : examiner et définir plus clairement le rôle du SSCA en tant que représentant du Canada sur la scène internationale).

ANNEXE D - SITUATION ACTUELLE DES SERVICES DE LA SCA À SANTÉ CANADA

Anciennement	Actuellement
Direction générale des programmes et services de santé (DGPSS)	Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS)
Direction de la promotion de la santé (DPS)	Direction de la santé de la population (DSP)
Service de l'alcool et des autres drogues (DPS)	Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, Division de la toxicomanie et de la coordination, DGPS
Service de l'éducation et de la formation (DPS)	Service de la promotion de la santé, Direction des systèmes de santé
Service des études (DPS)	(élément relatif aux drogues intégré au BADQD, mai 1995)
Division de la promotion des programmes (DPS)	Division du marketing et des partenariats, Direction de la recherche, de la politique et de la planification en matière de programmes
Programme de soutien communautaire (DPS)	BADQD (mai 1995)
Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue	N'existe plus
PNRDS, Division de la recherche extra-muros	PNRDS, Division de la recherche extra-muros, Direction de la recherche, de la politique et de la planification en matière de programmes
Direction générale des services médicaux	Idem
Toxicomanies et programmes financés par la communauté, DGSM	Division du soutien des programmes de santé, DGSM

Direction générale de la protection de la santé	Idem
Direction des médicaments	Programme des médicaments
Bureau des drogues dangereuses, Direction des médicaments	Bureau de la surveillance des médicaments, Programme des médicaments
Bureau de recherche sur les médicaments, Direction des médicaments	Bureau de recherche sur les médicaments, Programme des médicaments
Direction des opérations régionales (DOR)	Division de la conformité et des liaisons régionales, Bureau de la surveillance des médicaments, Programme des médicaments
Direction des opérations régionales (bureaux régionaux)	Bureaux régionaux, Programme des médicaments

ANNEXE E - PERSONNES-RESSOURCES POUR L'ANALYSE DOCUMENTAIRE, L'EXAMEN DES RESSOURCES ET L'EXAMEN DE LA BASE DE DONNÉES

Diane Jacovella, BADQD

Francine Bélanger, BADQD

Bruce Rowsell, DPS

Odette Johnston, DGSM

Margo Hawley, CCLT

Hervé Leblanc, DGPSS

Louise Wright, DGPSS

ANNEXE F - EXAMEN DE LA BASE DE DONNÉES DE SANTÉ CANADA POUR LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

Introduction

L'un des principaux objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue est d'améliorer la base d'information sur les questions associées à l'alcool et aux drogues. Dans le cadre de la Phase II, Santé Canada a eu pour rôle de moderniser les technologies de l'information et d'améliorer l'élaboration de la base de données. Les améliorations apportées à la base de données permettront d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes actuels de la SCA.

La base d'information de Santé Canada est l'un des quatre mécanismes (base d'information, ciblage, coordination, ressources) que nous sommes en train d'évaluer. Ces mécanismes ne sont pas indépendants les uns des autres. Par exemple, les changements apportés aux cibles des programmes au cours de la Phase II ont donné lieu à une modification des méthodes d'élaboration, de collecte et d'analyse des données pour obtenir une information de meilleure qualité sur les populations à risque.

L'élaboration de la base de données de la SCA

Santé Canada a eu recours à toutes sortes de sources de données et a élargi son réseau au cours de la période d'application de la SCA. Ces sources sont entre autres les suivantes : bases de données d'enquêtes (ex. : nationales, provinciales et territoriales), bases de données électroniques de bibliothèques (ex. : Centre de documentation du CCLT), bases de données internes (ex. : base de données financières du PNRDS) et divers rapports d'information sur l'alcoolisme et la toxicomanie (ex. : répertoires, inventaires, profils).

Au cours de la Phase I de la SCA (1987-1992), Santé Canada a créé une base d'information sur les questions associées à l'alcool et aux drogues à partir de données générales sur la population canadienne. Par exemple, en 1989, Santé Canada a été chargé de procéder à la première enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues, l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* (ENAD). Cette enquête a donné lieu à plusieurs rapports qui ont permis d'approfondir la question de la consommation d'alcool et de drogues au Canada (ex. : L'alcool au Canada, 1989; La consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes Canadiens, 1989; L'usage du tabac au Canada, 1989, La consommation d'alcool et d'autres drogues chez les Canadiens, 1992). L'*Enquête sur l'alcool au volant* (1988) et l'*Enquête promotion-santé* (1990) comportaient toutes les deux des questions sur l'alcool et d'autres drogues.

Au cours de la Phase II de la SCA, le ciblage des populations à risque (ex. : les jeunes, les personnes âgées, les femmes, les Autochtones hors-réserve et les conducteurs coupables de

conduite avec facultés affaiblies) a eu des répercussions importantes sur la manière dont les données ont été recueillies et analysées à Santé Canada. Mentionnons tout particulièrement l'Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues (ECAD) en 1994[7]. On a appliqué une nouvelle version de l'ECAD (1995) dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon pour bien représenter les populations nordiques du Canada. Cette seconde enquête exigeait une méthodologie adaptée au contexte culturel et géographique du Nord. On a donc eu recours à des techniques à la fois quantitatives et qualitatives pour procéder à la seconde version de l'ECAD.

Au cours de la Phase II de la SCA, on s'est également intéressé de plus près à la recherche appliquée. Par exemple, l'ECAD était plus orientée vers la recherche appliquée que l'ENAD et traduisait un plus grand degré de concertation avec les partenaires de la SCA dans les domaines de la politique, des programmes et de la recherche. La stratégie de diffusion associée à l'ECAD a dépassé la collectivité habituelle des universitaires pour atteindre les décideurs et les professionnels de la santé du domaine de la toxicomanie[8].

Santé Canada a également produit toutes sortes de rapports faisant le lien avec des données d'enquête recueillies par des partenaires externes.

Santé Canada a également eu recours aux fonds de la SCA pour acheter des questions «rachetables» pour l'Enquête sociale générale de Statistique Canada (1993). Santé Canada et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) ont pu avoir accès aux questions sur l'alcool et les drogues à partir de la base de données de l'ESG pour produire une série de rapports. On a aussi intégré une série de questions sur le SAF dans l'Enquête national sur la santé de la population (1994). Enfin, l'Enquête sur l'alcool et les drogues au Yukon (1990) et l'Enquête sur la promotion de la santé au Yukon (1993) ont permis été des sources d'information importantes. Ces enquêtes ont favorisé l'élaboration et la mise en place de la seconde version de l'ECAD dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon.

Les activités associées à la base de données de Santé Canada ont mis en jeu la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, la Direction générale de la protection de la santé et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) a eu un rôle important dans la

---

[7] Selon le personnel du ministère, l'ECAD, comme l'ENAD, portait sur l'ensemble de la population et non sur les groupes à risque, mais, dans une certaine mesure du moins, on y essayait de circonscrire les comportements à risque. Elle n'a cependant pas permis de toucher beaucoup de gens parmi les sous-groupes frappés par l'alcoolisme et la toxicomanie.

[8] Le personnel du ministère précise que les résultats de l'ENAD ont eux aussi été largement diffusés à l'extérieur de la collectivité universitaire habituelle.

collecte de données effectuée dans le cadre de la SCA. Voir ci-dessous les activités du CCLT et de certaines directions générales à l'égard de la base de données.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT)

Le CCLT joue un rôle actif dans l'amélioration de la base d'information de la SCA en participant à plusieurs projets associés à la toxicomanie. L'énoncé de mission du Centre comporte l'objectif d'élaborer et d'appliquer des connaissances et des compétences dans les secteurs relevant de la question de la toxicomanie au Canada.

Le Centre nationale de documentation sur la toxicomanie (CNDT) du CCLT a été créé en 1990. Le Centre de documentation a pour mandat général d'améliorer l'information sur l'alcool et les drogues au Canada. Il relie les grandes sources d'information sur l'alcool et les drogues en un même réseau informatique. Il a créé plusieurs bases de données en collaboration avec les membres du Réseau canadien d'information sur la toxicomanie (RCIT).

Les documents de promotion du CCLT mentionnent les bases de données suivantes, accessibles au Centre de documentation. Toutes ces bases ont été actives au cours de la Phase II de la SCA.

CANBASE : données bibliographiques conservées dans les bibliothèques et les centres de ressources du RCIT partout au Canada.

CANJUNLS : liste de publications en série conservées dans les bibliothèques et les centres de ressources du RCIT partout au Canada.

DIRECTORY : liste des organismes canadiens actifs dans le secteur de la toxicomanie.

TREATMENT : inventaire des services de traitement disponibles partout au Canada.

CCSADOC : description bibliographique de tous les documents et autres instruments d'information conservés au Centre de documentation.

Plusieurs des bases de données automatisées du CCLT existent sous forme de rapports ou se trouvent sur Internet. Le CCLT a produit des rapports imprimés sur le répertoire des organismes canadiens du domaine de la toxicomanie et sur le répertoire canadien des services de lutte contre la toxicomanie. On peut également avoir accès aux bases de données automatisées du CCLT par Internet (World Wide Web).

Les chercheurs d'expérience qui travaillent au CCLT ont collaboré avec Santé Canada pour produire plusieurs rapports fondés sur des données d'enquête (ex. : Enquête sociale générale

de 1993). En 1994, le CCLT a produit, en collaboration avec la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, la série **Horizons** sur la consommation d'alcool et d'autres drogues au Canada. **Horizons 1994** a été la premier produit de recherche publié dans le cadre de la Phase II de la SCA. Ce rapport s'appuie sur des sources de données nationales et provinciales pour donner un aperçu exhaustif de l'évolution actuelle de la situation dans toutes les provinces et tous les territoires en matière de consommation d'alcool et d'autres drogues.

Horizons 1994 et la série suivante (Un : les aînés; Deux : les femmes; Trois : les jeunes) approfondissaient l'examen des caractéristiques de toxicomanie de certaines populations à risque. **Horizons 1994** comportait des données détaillées sur les caractéristiques de consommation d'alcool et d'autres drogues chez les Autochtones et chez les conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies au Canada. La série **Horizons** examine les données d'enquête sur les jeunes, les personnes âgées et les femmes. Cette série s'adresse à un public plus large que les rapports antérieurs pour toucher notamment les chercheurs, les décideurs et les professionnels de la santé.

Le CCLT a collaboré avec l'ARF (Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie) pour produire le rapport intitulé **Profil canadien** (1993 et 1995). Ce rapport national sur la nature et l'ampleur de l'alcoolisme et de la toxicomanie comporte des données statistiques sur la criminalité, les décès, les attitudes du public et les admissions à l'hôpital. La Stratégie canadienne antidrogue a été la principale source de financement de cette publication.

Le dernier rapport publié par le CCLT, **Les coûts de l'abus de substances au Canada** (1996), s'appuie sur de vastes consultations à l'échelle nationale et internationale. Les directives internationales applicables à la méthodologie de ce genre d'études ont été au centre de deux symposiums internationaux : elles ont été élaborées par un petit groupe de travail international formé de participants à ces symposiums. C'est cette méthodologie qui a été appliquée dans l'étude sur les **Coûts de l'abus de substances au Canada** (1996). L'étude a été effectuée par le CCLT et l'ARF, en collaboration avec des responsables de Santé Canada, de l'Université de Toronto et de l'Université de Montréal.

Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS)

Une grande partie de l'élaboration de la base de données de la SCA est attribuable aux activités de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS). Le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance de la DGPPS participe à la plupart des collectes de données pour la base de données. L'élaboration et l'analyse de ces données sont souvent effectuées en collaboration avec d'autres partenaires de la SCA. Par exemple, le CCLT et la DGPPS ont produit ensemble la série **Horizons**.

En 1994, la DGPPSa procédé à l'ECAD pour mettre à jour et enrichir les données de la première Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (ENAD). L'ENAD constitue l'enquête de base, mais l'ECAD tente de combler les lacunes de la première version (1989) à plusieurs égards. L'ECAD fournit également une étude plus exhaustive des caractéristiques de la consommation de drogues illicites au Canada. Enfin, elle tient compte d'indicateurs de comportement associés à la consommation de drogues (ex. : conditions de consommation, déclencheurs de la consommation, problèmes associés à la consommation, etc.). On peut trouver une analyse plus approfondie de ces changements dans le rapport de Santé Canada intitulé **L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues 1994 (1996)** et dans celui de Statistique Canada intitulé **Guide de l'utilisateur de microdonnées : Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (1994)**.

Le CCLT a directement répondu au besoin de disposer de données sur trois des cinq principaux groupes à risque circonscrits dans le cadre de la Phase II, à savoir les femmes, les personnes âgées et les conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies[9]. On a conçu la seconde version de l'ECAD (Territoires du Nord-Ouest et Yukon) pour pouvoir saisir de l'information sur les Autochtones, sur les femmes et sur les jeunes. Il n'était pas question de saisir de données spécifiques sur les jeunes marginaux dans ce cadre car, pour cette population, il faut recourir à d'autres méthodes, plus coûteuses (techniques de recherche quantitatives et qualitatives). Autrement dit, les enquêtes ne savent pas bien saisir les données relatives aux populations nomades (il est plutôt difficile de rejoindre des décrocheurs par téléphone...).

D'autres recherches ont eu pour objet les jeunes marginaux, notamment une *Étude sur les jeunes marginaux à Halifax* (N.-É.) et une étude du mode de vie dans la rue.

Outre l'ENAD et l'ECAD, la DGPPS a collaboré avec plusieurs partenaires de la SCA pour améliorer la base d'information de la Stratégie, notamment avec le CCLT, le PNRDS et plusieurs gouvernements et organismes provinciaux.

Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)

Le PNRDS soutient l'élaboration d'une base de données internes grâce à de la recherche extra-muros sur les questions de santé. Au cours de la Phase II de la SCA, les projets de recherche du Programme ont porté sur les groupes à risque élevé (personnes âgées, femmes, Autochtones hors-réserve, jeunes marginaux). En 1993, le PNRDS a parrainé un atelier qui a permis d'établir les priorités de financement de la recherche sur les populations à risque élevé.

---

[9] Le personnel du ministère rappelle que l'ECAD était limitée par les caractéristiques d'une enquête téléphonique aléatoire qui, pour des raisons évidentes, ne peut que passer à côté d'une grande partie des populations à risque ou toxicomanes.

Le PNRDS a collaboré avec le personnel ministériel du Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance pour élaborer des demandes de propositions de recherche concernant les groupes à risque élevé. Le Programme de recherche pour l'autonomie des aînés (PRAA) s'intéresse à l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées. Le PNRDS parraine également de la recherche appliquée par l'intermédiaire du Prix de la communauté des chercheurs.

Les données financières du PNRDS sont codées dans sa propre base de données (intitulée «base de données du PNRDS»). Le logiciel de la base de données produit des rapports sur les sommes budgétisées et sur les dépenses réelles par secteur d'activité et par groupe cible. La base de données du PNRDS comporte également un système de classement pour gérer l'information relative aux projets parrainés par la SCA.

Direction générale de la protection de la santé (DPS)

Le Bureau de la surveillance des médicaments (BSM) est chargé d'appliquer la *Loi sur les stupéfiants* et les Parties III et IV de la *Loi sur les aliments et drogues* ainsi que les règlements afférents à ces deux lois. Le BSM coordonne ses activités avec les autorités provinciales chargées de la délivrance de permis dans le domaine de la santé et avec les services d'exécution de la loi à l'échelle nationale, provinciale et municipale.

NARCON est le système informatisé central qui est devenu opérationnel en 1990 au BSM. Il est destiné à contrôler le mouvement des drogues licites au Canada et la consommation de médicaments par les particuliers. Le BSM se sert de NARCON pour produire une base de données relationnelles composée de 286 tableaux et de 179 formulaires. Les tableaux de NARCON contiennent de l'information sur les clients du BSM, qu'il s'agisse de particuliers (ex. : pharmaciens, médecins, drogués) ou d'établissements (ex. : pharmacies, hôpitaux, distributeurs autorisés). Le tableau actuel comporte 192 426 enregistrements.

NARCON contient d'autres modules qui ont été élaborés et améliorés depuis la Phase II de la SCA. Par exemple, le système peut désormais contrôler la consommation de méthadone et produire des permis de distribution et des permis d'importation et d'exportation. Il peut aussi produire des rapports à l'intention de l'Organe international de contrôle des stupéfiants et des Nations Unies sur la quantité de médicaments importées au Canada ou exportées du pays.

G - GUIDE D'ANALYSE DOCUMENTAIRE

Guide d'analyse documentaire
11 juin 1996
RÔLE DE SANTÉ CANADA
DANS LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

La première étape de l'évaluation finale du rôle de Santé Canada dans la Stratégie canadienne antidrogue est d'analyser la documentation.

Avec votre aide, nous allons analyser les documents qui nous permettront de répondre aux questions utiles dans les domaines suivants.

1) **Meilleurs programmes**

*L'objectif global de la SCA est de réduire les préjudices causés aux particuliers, aux familles et aux collectivités par l'alcoolisme et la toxicomanie. (L'évaluation de l'objectif lui-même sera assumée à l'échelle interministérielle.) La SCA a également pour objet de rendre les activités de réduction des préjudices plus efficaces **en améliorant les programmes actuels**. Nous allons donc essayer de répondre aux questions suivantes :*

i. En quoi la Stratégie canadienne antidrogue avait-elle pour but de consolider les programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle de Santé Canada?

ii. Quels changements a-t-on apportés, s'il y a lieu, aux programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle dans le cadre de la SCA?

iii. Les programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle de Santé Canada sont-ils désormais plus rentables?

iv. Existe-t-il des relations hiérarchiques claires au sein du Ministère quant aux projets de la SCA et à la Stratégie dans son ensemble?

2) **Stratégies d'amélioration des programmes**

Pour améliorer les programmes de Santé Canada, on devait entre autres cibler les programmes, coordonner les activités, recueillir de l'information et utiliser des ressources. Nous allons donc essayer de répondre aux questions suivantes.

a) Meilleur ciblage des programmes

Dans le cadre de la SCA, Santé Canada devait travailler plus efficacement en ciblant les programmes en fonction de certaines sous-populations (c'est-à-dire obtenir les résultats les plus utiles pour l'argent investi et améliorer la base d'information sur laquelle s'appuient les décisions relatives aux politiques et aux programmes). La Phase II de la SCA a été l'occasion d'un certain nombre de changements dans le ciblage : on visait désormais la prévention dans les groupes à risque élevé, notamment les jeunes de la rue, les décrocheurs, les Autochtones hors-réserve, les chômeurs, les personnes âgées, les femmes et les familles dysfonctionnelles.

i. Les cibles des programmes ont-elles changé dans le cadre de la SCA?

ii. En quoi ces cibles ont-elles changé?

iii. Pourquoi a-t-on procédé à ces changements?

iv. En quoi le nouveau ciblage des programmes s'est-il répercuté sur la capacité des programmes à réaliser leurs objectifs?

b) Meilleures coordination et collaboration

Dans le cadre de la SCA, Santé Canada devait améliorer l'efficacité de ses programmes en introduisant une bonne dose de coordination.

i. En quoi la SCA a-t-elle permis d'obtenir une meilleure coordination et une plus grande collaboration au sein de Santé Canada et entre Santé Canada et les autres ministères?

ii. Quelles mesures a-t-on prises pour améliorer la coordination et la collaboration?

iii. En quoi les mesures de coordination et de collaboration se sont-elles répercutées sur la capacité des programmes à réaliser leurs objectifs?

c) Meilleure base d'information

Santé Canada devait élaborer une meilleure base d'information et améliorer l'utilisation de cette information dans le cadre des décisions relatives aux politiques et aux programmes.

i. Comment Santé Canada avait-il l'intention d'améliorer sa base d'information?

ii. Quelles améliorations a-t-on apportées à la base d'information de Santé Canada?

iii. Comment Santé Canada a-t-il utilisé cette information améliorée grâce à la SCA?

iv. Quelles ont été les répercussions de cette amélioration sur les programmes?

d) Utilisation des ressources

Nous allons examiner dans quelles mesure l'affectation des ressources et les dépenses au cours de l'application de la Stratégie ont ressemblé à ce qu'était l'affectation des ressources de la SCA au début.

i. Quelle devait être l'augmentation des ressources affectées à Santé Canada dans le cadre de la SCA?

ii. Quelles ressources ont-elles effectivement été attribuées à Santé Canada?

iii. Comment a-t-on effectivement utilisé les ressources : les a-t-on utilisées pour les besoins de la SCA ou à d'autres fins?

iv. Si des sommes ont été réaffectées, quelles en ont été les raisons?

v. Quelles ont été les répercussions de ces ressources sur les programmes?

vi. Quelles seraient les répercussions éventuelles du non-renouvellement des ressources de la SCA?

Nous nous attendons à trouver des réponses à ces questions dans toutes sortes de documents, notamment les suivants :

- Procès-verbaux de réunions interministérielles.
- Documentation sur les procédures interministérielles.
- Organigrammes.
- Notes d'information.
- Correspondance utile à l'échelle des cadres supérieurs.
- Rapports de planification.

- Plans de travail.
- Rapports de projet et rapports d'évaluation. (Remarque : nous n'examinerons pas tous les dossiers de projet, mais nous en choisirons quelques-uns au hasard. Prière de nous donner accès à tous vos dossiers.)

- Spécifications et descriptions de bases de données.
- Rapports sur l'élaboration et la mise en place de bases de données.
- Rapports d'observations sur les résultats de bases de données récemment élaborées.
- Documents indiquant les liens entre les Phases I et II de la SCA du point de vue de l'élaboration de bases de données.

- Plans de communications.
- Correspondance avec les parties intéressées et le public en général.
- Coupures de presse et reportages.

- Budgets, relevés de dépenses et documents financiers. (Remarque : nous nous intéressons aux données financières relatives aux programmes et non au projets.)

Merci de votre collaboration.

PARTIE II : ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

18 décembre 1996

Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc.

I. INTRODUCTION

Notre analyse porte sur les ouvrages parus sur les programmes de prévention de la toxicomanie et sur les populations à risque élevé depuis le début de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue (SCA) en 1992.

Les principaux objectifs de notre analyse sont les suivants :

- Mettre en évidence l'évolution observée dans le domaine des populations à risque élevé circonscrite dans le cadre de la Phase II de la SCA[1].
- Examiner les tendances et les problèmes actuels dans les programmes communautaires de prévention de la toxicomanie.
- Analyser les résultats des évaluations mesurant l'efficacité des programmes de prévention destinés aux populations à risque élevé.

II. MÉTHODOLOGIE

L'analyse bibliographique s'appuie sur une stratégie de recherche portant principalement sur les ouvrages parus en Amérique du Nord entre 1992 et 1996 sur les programmes de prévention de la toxicomanie à l'intention des groupes à risque élevé circonscrits au cours de la Phase II de la SCA[2]. Nous avons eu accès à trois grands sites pour effectuer nos recherches : 1) la Direction des programmes et des services de santé, 2) le Centre de documentation du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et 3) la bibliothèque ministérielle de Santé Canada. Les recherches dans les bases de données ont surtout été faites au Centre de documentation du CCLT (ex. : CCSADOCS et CANBASE) et à la bibliothèque ministérielle de Santé Canada (ex. : base de données interne, ERIC, Sociofile).

---

1 Notamment : les jeunes marginaux, les femmes, les personnes âgées, les autochtones et les conducteurs coupables de conduite en état d'ivresse.

2 Étant donné les contraintes budgétaires et les délais, cette analyse bibliographique a été limitée aux cinq dernières années; il ne s'agit donc pas d'une analyse exhaustive des études publiées dans ce domaine.

Les sources d'information ci-dessus ont permis d'obtenir des données générales, des résumés de programme, des rapports de recherche, des études de résultats, des rapports d'enquête, des guides de prévention et des comptes rendus de conférences publiés sur la prévention de la toxicomanie et sur les groupes à risque élevé au cours des cinq dernières années[3].

Il faut dire que, étant donné les délais et les contraintes budgétaires associés à notre étude, il ne s'agit pas d'une analyse exhaustive des ouvrages parus sur les questions entourant la toxicomanie, mais nous pensons avoir saisi les grandes tendances et les principaux problèmes intéressant l'évaluation de la SCA à ce stade.

III. CONCLUSIONS

A. Tendances actuelles dans la prévalence de la toxicomanie dans la population canadienne

L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (1989) et l'Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues (1994), financées par la SCA, ont été les deux premières enquêtes au Canada à porter exclusivement sur les questions associées à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les fonds de la SCA ont servi à dresser la liste des questions relatives à l'alcool et aux autres drogues que l'on a intégrées à l'Enquête sociale générale de 1993. Ces bases de données ont produit des données très variées sur les tendances générales observées dans la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les Canadiens. L'ECAD (1994) était conçue à l'intention de la population générale, mais elle comporte des données sur plusieurs groupes à risque élevé (ex. : les femmes, les personnes âgées et les conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies).

L'exposé le plus récent et le plus exhaustif des tendances générales observées dans la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les Canadiens se trouve dans le rapport de Santé Canada intitulé *L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues 1994*, paru en 1995. Les tendances observées dans la population générale peuvent se résumer comme suit.

---

[3] Nous sommes conscients qu'une bonne partie de la recherche depuis une décennie a contribué à façonner la SCA, mais les délais ne nous permettaient pas de remonter plus loin.

La consommation d'alcool : Au cours des quinze dernières années, on a observé une baisse générale de la proportion des Canadiens déclarant consommer de l'alcool[4]. Malgré cela, les caractéristiques de consommation de la population varient selon plusieurs facteurs socio-démographiques. Par exemple, les caractéristiques associées aux gros buveurs intermittents sont différentes de celles des gros buveurs réguliers[5]. Les caractéristiques associées aux gros buveurs intermittents sont les suivantes : ce sont des hommes âgés de 15 à 34 ans (et plus particulièrement de 15 à 19 ans), vivant dans la région de l'Atlantique et (ou) qui n'ont pas terminé leurs études secondaires. Les caractéristiques associées aux gros buveurs réguliers sont les suivantes : il s'agit de personnes âgées de 18 à 44 ans (et plus particulièrement de 18 à 24 ans), vivant au Canada, célibataires ou qui n'ont jamais été mariées, qui ont une instruction inférieure au niveau secondaire et (ou) ont un faible revenu. Les caractéristiques socio-démographiques continuent de varier à mesure que le volume et la fréquence de la consommation baisse.

Dans l'ensemble, selon l'ECAD (1994), 72,3 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus déclarent avoir bu de l'alcool dans les douze derniers mois.

La consommation de tabac : Le taux de consommation de tabac a baissé considérablement au cours des trente dernières années (avec un plateau relatif sur les cinq dernières années). Mais l'ECAD permet de constater que les jeunes de 15 à 19 ans sont un groupe où la consommation de tabac augmente.

Dans l'ensemble, selon l'ECAD (1994), 27,0 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus déclarent avoir fumé du tabac dans les douze derniers mois.

La consommation de drogues licites : La tendance semble à la baisse dans la consommation de drogues licites (tranquillisants et somnifères délivrés sur ordonnance) depuis une décennie. Plusieurs caractéristiques sont associées à la consommation de médicaments

---

[4] **Ces conclusions s'appuient exclusivement sur des données d'enquête nationales.**

[5] Les gros buveurs intermittents sont ceux qui consomment de l'alcool moins d'une fois par semaine, mais ils prennent 5 boissons ou plus lorsqu'ils boivent. Les gros buveurs réguliers sont ceux qui boivent une fois par semaine ou plus et prennent 5 boissons ou plus les jours où ils boivent. Voir Santé Canada, L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues 1994.

délivrés sur ordonnance, notamment : les femmes sont plus enclines à en consommer que les hommes; les personnes âgées et les personnes séparées, divorcées ou en deuil d'un conjoint en consomment proportionnellement plus également.

Dans l'ensemble, selon l'ECAD (1994), 20,8 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus déclarent avoir utilisé des médicaments dans les douze derniers mois.

La consommation de drogues illicites : La proportion de Canadiens déclarant avoir consommé des drogues illicites (ex. : marijuana, cocaïne, crack, LSD, amphétamines, héroïne) est restée relativement stable de 1989 à 1994[6]. La consommation de drogues illicites est une tendance observée principalement chez les jeunes, et elle est deux fois plus courante chez les garçons que chez les filles.

Dans l'ensemble, selon l'ECAD (1994), 23,9 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus déclarent avoir consommé des drogues illicites dans les douze derniers mois.

B. Le prix de la consommation de drogues psychoactives dans la population canadienne

Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) vient de publier la première grande étude sur les coûts associés à la consommation de toutes les substances psychoactives (alcool, tabac et drogues illicites) sur le plan de la santé et sur le plan socio-économique au Canada (CCLT, 1996)[7]. Selon cette étude, le prix global s'élève à 18,45 milliards de dollars pour 1992, répartis comme suit :

---

[6] Malgré cette stabilité statistique de la consommation de drogues illicites dans la population générale, on peut obtenir une idée des tendances dans les groupes à risque élevé en analysant les données régionales. Par exemple, le Sondage sur la consommation de drogues (1995) en Ontario, effectué par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, a révélé une augmentation importante de la consommation de neuf types de drogues illicites (ex. : cannabis, cigarette, colle, speed, cocaïne) parmi les jeunes de 12 à 19 ans des écoles de la province. *Voir Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (version provisoire), Toronto, ARF, 1995.* Pour une analyse plus détaillée des populations à risque élevé à l'échelle régionale, voir *Eric Single et coll., Horizons : l'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada, Ottawa, Santé Canada, 1994.*

[7] Cette étude a été financée dans le cadre de la Phase II de la SCA.

Alcool	Tabac	Drogues illicites
7,5 millions $	9,6 millions $	1,3 million $

L'étude du CCLT répartit encore les 18,45 milliards en six secteurs de dépense. Les voici en millions de dollars :

■ Milieu de travail	20,1 $
■ Frais administratifs des paiements de transfert	53,8 $
■ Prévention et recherche	231,1 $
■ Autres coûts directs	545,8 $
■ Exécution de la loi	1 759,4 $
■ Coûts directs en soins médicaux	4 064,1 $
■ Coûts indirects - perte de productivité	11 778,4 $

L'étude sur les coûts de la toxicomanie du CCLT comporte également des données détaillées sur la relation entre la mortalité et la morbidité associées à la consommation de drogues parmi l'ensemble des causes. Selon l'étude, il y aurait eu 40 930 décès attribuables à l'abus de substances au Canada en 1992. Le tabac était la cause de 33 930 décès, l'alcool, de 6 701 et les drogues illicites, de 732. Cela représente 21 % de la mortalité totale pour cette année-là. Le nombre d'hospitalisations dues à l'abus de substances représente 8 % de tous les cas d'hospitalisation au Canada.

Dans l'ensemble, selon l'étude du CCLT, 2,7 % du produit national brut du Canada est absorbé dans les coûts associés à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites au Canada. Comme elle fournit les premières estimations fiables sur les coûts associés à l'abus de substances au Canada, cette étude peut constituer le point de départ critique de l'élaboration de stratégies de réduction de la demande et de contrôle de l'offre pour prévenir les abus.

C. Questions fondamentales et évolution des populations à risque élevé

On a circonscrit cinq principaux groupes à risque élevé comme populations cibles des projets de la Phase II de la SCA : 1) les jeunes marginaux, 2) les femmes, 3) les personnes âgées, 4) les Autochtones et 5) les conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies.

1. Les jeunes marginaux

Définition

Les jeunes marginaux sont une sous-population itinérante et hétérogène qu'il est difficile de circonscrire nettement (Brannigan et Caputo, 1993; Anderson, 1993; Smart et coll., 1990; Finkelhor et coll., 1990). Il faut faire les distinctions qui conviennent parmi les divers types de jeunes marginaux. Des chercheurs ont récemment répartis les jeunes marginaux en plusieurs sous-groupes (Caputo et coll., 1996). Brannigan et Caputo (1993) utilisent plusieurs termes pour décrire ce groupe insaisissable, notamment : «fugueurs», «laissés-pour-compte», «rejets de la société», «enfants disparus», «jeunes sans abri», «jeunes de la rue» et «jeunes à risque».

Pour ce qui est des fugueurs, Anderson, dans son étude de 1993, met en lumière les différences entre les «fugueurs» qui partent pour longtemps (et qui parfois ne reviennent jamais) et les «intermittents» dont les absences sont temporaires et qui peuvent partir et revenir à plusieurs reprises. On continue d'examiner, dans le cadre d'études récentes, les différences fondamentales qui distinguent les membres de cette sous-population (Caputo et coll., 1996). Par exemple, on a établi des distinctions selon que ces jeunes marginaux vivent ou non chez eux, selon le temps qu'ils passent dans la rue et selon qu'ils adoptent ou non des comportements risqués ou illégaux (Caputo et coll., 1996). Plus précisément, Anderson (1993) et Caputo et ses collaborateurs (1996) s'intéressent aux antécédents du choix du mode de vie dans la rue et au processus de réinsertion sociale.

Taille et caractéristiques de la population des jeunes marginaux

Il est difficile d'évaluer avec une certaine précision le nombre de jeunes marginaux au Canada en raison de la fluidité de cette sous-population[8]. Divers organismes sociaux proposent des estimations fluctuantes du nombre de jeunes de la rue dans les centres urbains du Canada (Brannigan et Caputo, 1993). Covenant House estime qu'il y a 150 000 fugueurs au Canada, mais ces estimations varient beaucoup (Radford, 1989)[9]. Aux États-Unis, les estimations relatives à cette population à risque élevé vont de centaines de milliers à plusieurs millions (Brannigan et Caputo, 1993; Goplerud, 1992).

On s'entend généralement pour classer les jeunes marginaux dans la tranche d'âges des 12 à 24 ans environ (Brannigan et Caputo, 1993). Il n'existe pas de données estimatives systématiques sur la proportion de garçons et de filles dans cette population au Canada, mais il semble que les filles y soient de plus en plus nombreuses (Anderson, 1993).

Tendances et caractéristiques de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes marginaux

On s'accorde généralement pour dire que les jeunes marginaux connaissent de multiples problèmes de comportement outre les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. L'instabilité familiale et le conflit des jeunes avec leurs parents sont étroitement associés (quoique pas toujours) aux fugues (Price, 1989). Autre dimension associée : les mauvais traitements et l'exploitation sexuelle et émotive des jeunes à la maison et ce qui en résulte de comportement

---

[8] Il peut être utile d'examiner tout d'abord la population des jeunes dans son ensemble avant de s'intéresser aux jeunes marginaux. Statistique Canada nous apprend que l'on dénombrait 5 708 525 jeunes (de 10 à 24 ans) au Canada en 1991. Il faut dire que les jeunes marginaux sont dénombrés selon une répartition des âges légèrement différente : 12 à 24 ans. Voir *Statistique Canada, Le pays, Ottawa, n° 93-310 au catalogue, 1993.*

[9] La GRC recueille des données estimatives officielles sur le nombre d'enfants disparus au Canada. Au Canada, le nombre total d'enfants dont la disparition a été signalée à la police était de 55 759 en 1995. La très grande majorité (93 %) de ces signalements avaient trait à des jeunes de 12 à 17 ans. La majorité (78 %) des cas signalés aux services de police entrent dans la catégorie des fugueurs (les autres catégories sont les suivantes : enlèvements, perdus/égarés, accidents, cause inconnue). Voir *Gendarmerie royale du Canada, Les enfants perdus au Canada : 1995, Rapport annuel, Bureau d'enregistrement des enfants disparus, Ottawa, GRC, 1995.*

de fugue et d'actes délinquants comme la prostitution et la vente de drogue (Brannigan et Caputo, 1993; Whitbeck et coll., 1990). La détresse psychologique associée aux jeunes marginaux ont incité les chercheurs à examiner plusieurs caractéristiques, notamment les niveaux d'intelligence, le faible degré d'autosuffisance, l'hostilité, l'isolement et la psychopathie (Brannigan et Caputo, 1993) ainsi que d'autres dynamiques (ex. : stress scolaire entraînant le décrochage) pouvant mener à l'adoption du mode de vie de la rue (Caputo, 1996).

Sur le plan des données empiriques sûres, il n'existe pas de chiffres exacts sur l'ampleur des problèmes de toxicomanie parmi les jeunes marginaux au Canada[10]. Il existe par contre des témoignages anecdotiques très solides parmi les travailleurs sur le terrain, qui attestent que les jeunes marginaux sont un groupe plus susceptible que les autres jeunes de tomber sous la dépendance de la drogue (Caputo et coll., 1993). De plus, les enquêtes régionales sur les enfants et les jeunes sans-abri ont produit des données sur la consommation de drogues dans cette population à risque élevé. Par exemple, une étude sur les fugueurs effectuée à Winnipeg a révélé qu'un certain nombre de comportements à risque élevé (ex. : relations sexuelles sans protection, consommation de drogue, comportement criminel) sont étroitement associés à cette population (Conseil de planification sociale de Winnipeg, 1990). Dans l'ensemble, les jeunes marginaux sont susceptibles de connaître des problèmes sociaux, psychologiques et physiques et notamment de subir la dépendance à l'égard de la drogue (Caputo et coll., 1996).

Services destinés aux jeunes marginaux

Il est très difficile de fournir des services de prévention et de traitement de la toxicomanie aux jeunes marginaux parce que ce groupe manifeste généralement de la méfiance à l'égard des services conventionnels à caractère institutionnel. Les professionnels de la santé et les spécialistes estiment donc qu'il faut prévoir des services spécialisés si l'on veut répondre correctement aux besoins des jeunes marginaux. Les employés des organismes sociaux sont les principaux dispensateurs de services aux jeunes marginaux. La majorité des services

[10] Les données régionales attestent nettement une augmentation de la consommation de substances parmi les jeunes Canadiens (12 à 19 ans). Par exemple, le Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (1995) de l'ARF révèle que les jeunesOntarios ont augmenté leur consommation de drogues illicites entre 1993 et 1995. Rappelons que cette enquête visait les jeunes dans la population générale et non pas un certain groupe à risque élevé. Il demeure qu'il existe une tendance générale à l'augmentation de la consommation de substances illicites parmi les jeunes Ontariens.

offerts à ce groupe sont fournis à titre d'entretien (ex. : nourriture, vêtements, hébergement, soins médicaux) ou à titre provisoire (ex. : aider le jeune à quitter la rue) (Anderson, 1993).

Les projets de «pairs aidants» représentent une source secondaire de services aux jeunes marginaux qui ont des problèmes de toxicomanie. On trouvera une analyse exhaustive des services de prévention à l'intention des jeunes Canadiens dans le récent document publié par Santé Canada : *Initiatives de pairs aidants pour les jeunes marginaux : Rapport et abrégé* (1996). Dans ce rapport, les «pairs aidants» sont définis au sens large et englobent des programmes où des jeunes offrent des services à d'autres jeunes.

Les «pairs aidants» travaillent généralement par l'intermédiaire d'organismes offrant toutes sortes de services de lutte contre la toxicomanie (éducation, prévention et traitement) et d'autres services (contacts, soutien, aide à la transition et à réinsertion) (Caputo et coll., 1996). La variété des types de programmes offerts dans les régions du Canada est fonction de la variété des besoins des jeunes marginaux (ex. : programmes de prévention de la toxicomanie, prévention du VIH/SIDA, prévention de la prostitution, prévention de la fugue, prévention du décrochage, prévention du suicide, prévention de la violence, services téléphoniques et soutien des pairs).

Bien qu'on dispose actuellement d'une bonne somme d'information sur l'éventail et les types de projets de pairs aidants au Canada (Caputo et coll., 1996), il n'existe pas d'études systématique et bien contrôlée des résultats qui permettrait de mesurer l'efficacité de ces types d'intervention. L'une des principales conclusions du rapport de 1996 sur les *Initiatives de pairs aidants* est que, si ces interventions se sont souvent avérées efficaces (témoignages anecdotiques et évaluations des processus), il faut approfondir l'analyse pour établir correctement et évaluer la valeur des résultats obtenus.

2. Les femmes

Tendances et caractéristiques de la consommation de substances psychoactives chez les femmes

Dans les dernières années, on a accumulé une grande quantité de données statistiques sur les caractéristiques de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes au Canada (ex. : ENAD, 1989; ECAD, 1994; Enquête promotion-santé (EPS), 1990). L'ECAD a particulièrement permis de recueillir des données sur la consommation d'alcool et d'autres

drogues selon le sexe. Les tendances révèlent que les femmes rattrapent les hommes dans leur consommation de tabac. De plus, les risques que le tabac fait courir aux femmes est peut-être aussi grand, voire plus grand, que celui que leur fait courir l'alcool (Hewitt et coll., 1995a). Selon des données plus récentes, les femmes représentent désormais près d'un tiers des personnes décédées par suite de causes reliées à la consommation de tabac. Du côté de l'alcool, le nombre d'années de vie potentiellement perdues en raison du décès accidentel ou du suicide relié à l'alcool est de 51 762, comparativement à 134 495 chez les hommes (CCLT, 1996).

Dans les dernières années, on s'est beaucoup intéressé aux programmes de prévention destinés à lutter contre le syndrome d'alcoolisme foetal et l'effet de l'alcool sur le foetus (SAF/EAF). Il n'est pas surprenant qu'on se soit penché sur ce problème puisque l'alcool est la principale cause des anomalies à la naissance et de la déficience mentale au Canada et aux États-Unis (Single et coll., 1994; Schorling et coll., 1992). Le SAF/EAF est particulièrement un problème pour les Autochtones au Canada (Single et coll., 1994). La tendance générale à une augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes et à une diminution de l'âge où elles commencent sont des facteurs importants dans les problèmes de santé et sociaux qui s'ensuivent (Hewitt et coll., 1995a; Santé Canada, 1992).

Les ouvrages sur la prévention de la toxicomanie à l'intention des femmes contiennent beaucoup de références au problème du SAF/EAF. Parmi les cinq populations à risque élevé examinées ici, le thème des programmes de prévention et du SAF est bien documenté dans les ouvrages d'évaluation[11]. Nous analyserons ces évaluations ultérieurement.

Les femmes et les médicaments délivrés sur ordonnance

L'usage de médicaments délivrés sur ordonnance par les femmes (analgésiques, somnifères, tranquillisants, anti-dépresseurs, comprimés diététiques) continue d'être une question inquiétante pour ce groupe à risque élevé. Le taux de consommation de médicaments délivrés sur ordonnance par les femmes (tranquillisants et somnifères) a continué de diminuer de 1985 à 1994. Mais les femmes étaient beaucoup plus nombreuses que les hommes à utiliser des médicaments délivrés sur ordonnance selon les données de 1994 (MacNeil et Webster, 1995).

[11] Les cinq groupes à risque élevé sont les suivants : les jeunes marginaux, les femmes, les personnes âgées, les autochtones hors-réserve et les conducteurs coupables de conduite en état d'ivresse.

Dans l'ensemble, les caractéristiques de consommation des femmes et leurs conditions de vie sont différentes de celles des hommes, et il convient donc d'offrir des solutions et des programmes adaptés.

Services destinés aux femmes qui ont des problèmes de toxicomanie

Les données d'enquête et les données cliniques indiquent que la prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez les femmes doit tenir compte des besoins spécifiques de ce groupe (Lightfoot et coll., 1994). Les femmes qui ont des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie doivent régler des problèmes dont on ne tient pas compte dans les programmes destinés aux hommes, notamment : les mauvais traitements et l'exploitation sexuelle, la physiologie (ex. : image corporelle, taille), le syndrome d'alcoolisme foetal et l'effet de l'alcool sur le foetus (SAF/EAF) et certaines caractéristiques de consommation propre au sexe (ex. : abus de médicaments délivrés sur ordonnance). Il faut aussi tenir compte des dispositions pour la garde des enfants et des questions entourant le bien-être des enfants pendant que la mère est en traitement. Il faut aussi concevoir des programmes à l'intention de groupes de femmes particuliers : les Autochtones, les allophones, les femmes handicapées, les jeunes femmes (Santé Canada, 1993). Le nombre et la portée des programmes et services offerts selon le sexe au Canada ne sont pas connus.

3. Les personnes âgées

Tendances et caractéristiques de la consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées

La consommation d'alcool et d'autres drogues (et plus particulièrement de médicaments délivrés sur ordonnance) chez les personnes âgées au Canada est l'un des éléments fondamentaux circonscrits au cours de la Phase II de la SCA[12]. Comme le segment plus âgé de la population canadienne est censé croître rapidement dans les vingt-cinq prochaines années, on accorde de plus en plus d'importance à l'élaboration de stratégies qui permettront d'aider les personnes âgées qui ont des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (ex. : consommation à la fois d'alcool et de médicaments délivrés sur ordonnance). Plusieurs

[12] Pour les besoins de la SCA, les personnes âgées ont 55 ans et plus contrairement à la définition habituelle qui les classe au-delà de 65 ans.

groupes sociaux ont un rôle à jouer dans les solutions à apporter aux problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie chez les personnes âgées : les organismes du troisième âge, les organismes de lutte contre la toxicomanie, les groupes communautaires, les collectivités autochtones, les associations professionnelles, l'industrie pharmaceutique et le secteur de l'alcool, les chercheurs et d'autres groupes concernés.

Au Canada, plusieurs rapports analysent dans le détail plusieurs caractéristiques distinctives de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées (ex. Hewitt et coll., 1995b; Santé Canada, 1995; Smart et Adlaf, 1988). Bien que les buveurs actuels soient moins nombreux chez les personnes âgées que chez les jeunes, l'alcool reste la drogue la plus couramment consommée chez les aînés (plus de 60 % sont des buveurs actuels) (Hewitt et coll., 1995b). L'ECAD atteste que les personnes âgées déclarent une moindre incidence des préjudices causés par la consommation d'alcool comparativement aux jeunes Canadiens (Santé Canada, 1995a)[13].

Les données d'enquête canadiennes indiquent que l'utilisation de médicaments délivrés sur ordonnance augmente avec l'âge (ENAD, 1989; ECAD, 1994; Enquête promotion-santé, 1990). De plus, on sait que les personnes âgées ont tendance à faire plus d'erreurs lorsqu'elles prennent des médicaments (prenant par exemple une dose plus grande que prévue ou ne suivant pas correctement les instructions) (Hewitt et coll., 1995b). La consommation de drogues illicites est rare chez les personnes âgées. Dans l'ensemble, l'alcool et les médicaments délivrés sur ordonnance sont les deux risques potentiellement importants pour les personnes âgées.

La physiologie humaine peut empirer les effets de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées. Les données médicales attestent que le corps fonctionne moins efficacement avec l'âge à plusieurs égards : fonctions du système nerveux central (mémoire, ouïe, vue), reins, foie. Les personnes âgées sont donc exposées à des répercussions plus préjudiciables en raison des changements physiologiques associés au vieillissement (Santé Canada, 1995b). Il peut y avoir usage indésirable de médicaments lorsque les sujets ne suivent pas les instructions (ou sont mal instruits par les médecins),

---

[13] Rappelons que beaucoup de personnes âgées souffrant de troubles graves associés à l'abus d'alcool résident dans des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée. Il faut tenir compte de ce facteur étant donné que l'ECAD n'a pas enquêté dans ces types d'établissements.

utilisent mal les médicaments délivrés sur ordonnance (en prenant trop ou pas assez) ou subissent les effets d'une médication multiple (Santé Canada, 1995b).

Services offerts aux personnes âgées ayant des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie

Plusieurs organismes gouvernementaux et non gouvernementaux offrent des services de prévention aux personnes âgées qui ont des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (ex.: Bergin et Baron, 1992; Fondation de recherche sur la toxicomanie, 1993a; SADAC, 1990; Association médicale canadienne, 1993). Par exemple, un atelier national organisé récemment sur «les personnes âgées et les médicaments, l'alcool et les autres drogues» a permis de constater que les services de Santé Canada consacrés à la Stratégie canadienne antidrogue étaient responsables du financement de plus de trente-cinq projets communautaires à l'intention des personnes âgées ayant des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (Santé Canada, 1995b).

4. Les Métis, les Inuits et les Autochtones hors-réserve

Tendances et caractéristiques de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les Autochtones

Horizons 1994 : La consommation d'alcool et d'autres drogues au Canada comporte un profil régional des caractéristiques de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez les Autochtones du Canada. Le rapport fait état d'exemples de collectivités autochtones qui ont réussi à réduire les préjudices causés par l'alcool et les autres drogues (comme au Yukon par exemple). Il reste que la tendance globale révèle une forte incidence des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie parmi les Autochtones. Par exemple, ces problèmes ont été identifiés comme beaucoup plus importants que tout autre problème (comme le chômage, l'exploitation des enfants, le logement, les préjugés, etc.) pour les Autochtones hors-réserve vivant à Vancouver (C.-B.) (Single, 1994). En Alberta, les chercheurs ont constaté que les Autochtones ont beaucoup plus de problèmes d'alcoolisme que les non-autochtones (Single, 1994). Horizons 1994 met également en lumière la sur-représentation des Autochtones dans

les centres de traitement de la toxicomanie dans des provinces comme la Saskatchewan et le Manitoba[14].

La désignation des Autochtones comme groupe à risque élevé est directement reliée à leurs caractéristiques uniques de consommation d'alcool et d'autres drogues. Par exemple, les jeunes autochtones sont plus susceptibles de consommer longtemps et de commencer plus tôt, surtout, et de façon frappante, lorsqu'il est question de tabac à chiquer et de solvants (Institut Nechi, 1994). Les problèmes de suicide, d'exploitation sexuelle, de violence familiale, de chômage et de pauvreté sont tous étroitement associés aux problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie chez les Autochtones (Institut Nechi, 1994; Santé Canada, 1994c; Santé Canada, 1994d).

L'Institut Nechi a révélé que, quels que soient l'âge et le sexe, les Autochtones du Canada sont en moyenne trois à quatre fois plus susceptibles de connaître une mort violente que leurs homologues non-autochtones. Chez les adolescents autochtones, le taux de suicide est six fois supérieur à la moyenne nationale parmi les adolescents, et la consommation d'alcool y est environ le double (et le chiffre est prudent) de ce qu'elle est chez les adolescents à l'échelle nationale (Institut Nechi, 1994).

Services

La participation des collectivités autochtones aux programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et le contrôle de ce problème par ces collectivités ont été favorisés sur plusieurs fronts. On signalait récemment qu eles 382 programmes de prévention, les 50 programmes de traitement, les programmes de lutte contre la consommation de substances inhalées et les projets de recherche financés par Santé Canada sont tous dotés en personnel autochtone et dirigés par des conseils d'administration autochtones et (ou) un chef de conseils (Institut Nechi, 1994). De plus, Santé Canada collabore étroitement avec les organismes autochtones nationaux pour élaborer et mettre en place des services de prévention à l'intention des jeunes autochtones hors-réserve qui consomment des solvants (Santé Canada, 1994a; Santé Canada, 1994b).

---

[14] La publication du prochain rapport de Santé Canada (Canada's Alcohol and Other Drug Survey 1994 : Yukon and Northern Territories) enrichira la base de données sur les populations nordiques du Canada.

Les ouvrages portant sur l'abus de substances psychoactives chez les Autochtones indiquent que les services de prévention de la consommation d'alcool et d'autres drogues doivent tenir compte des multiples besoins de ces collectivités (ex. : exploitation sexuelle, violence familiale, suicide, pauvreté). La majorité des services de prévention à l'intention des Autochtones ont un caractère holistique : il s'agit en effet de tenir compte du contexte social plus large des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie dans ce groupe à risque élevé (Santé Canada, 1995c).

4. La conduite avec facultés affaiblies

Tendances associées à la conduite avec facultés affaiblies

La sobriété au volant est une autre des priorités de la Phase II de la SCA. Bien que la conduite avec facultés affaiblies soit devenue moins fréquente au cours de la dernière décennie, elle reste un problème grave au Canada. Par exemple, selon les résultats de l'Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues (ECAD) de 1994, environ un buveur actuel sur cinq (20,3 %) a conduit après avoir pris deux boissons ou plus dans l'heure précédente (comparativement à 22,8 % en 1989, selon l'ENAD). De plus, parmi les victimes de la route au Canada en 1993, 48 % avaient pris le volant en état d'ivresse (Santé Canada, 1994e)[15]. L'étude sur les *Coûts de l'abus de substances au Canada* indique que les décès causés par des accidents de voiture sont dans 22 % des cas des décès dus à la consommation d'alcool, et les jeunes sont nombreux parmi ces victimes (CCLT, 1996).

Services aux conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies

Santé Canada a produit deux importants rapports sur la conduite avec facultés affaiblies au cours de la Phase II de la SCA. Le rapport intitulé La conduite avec facultés affaiblies au Canada : Répertoire des procédures et des programmes : Rapport final (1994) contient une liste détaillée des procédures provinciales et des listes exhaustives de programmes à l'intention des délinquants primaires et des récidivistes coupables de conduite avec facultés affaiblies. Santé Canada est également en train de préparer la diffusion d'un second rapport sur la

[15] En 1992, on estime que 1 600 personnes environ ont péri au Canada dans des accidents de voiture causés par la consommation d'alcool (Santé Canada, 1994e).

conduite avec facultés affaiblies : Literature Review of the Characteristics od Driving While Impaired Repeat Offenders (1996)[16].

D. Principales tendances des programmes communautaires de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie

1. Population générale et groupes à risque élevé

L'examen des études sur les programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie n'a pas révélé de «truc magique» capable de prévenir ou de traiter ces problèmes (Goplerud, 1992; Ross et Gendreau, 1982). Aucun programme ne s'est révélé supérieur aux autres. Cela ne signifie pas que tous les programmes se valent. Cela signifie plutôt qu'il n'existe pas de méthode unique susceptible de répondre aux multiples besoins de la population canadienne. L'examen des ouvrages portant sur la prévention révèle que les programmes les plus efficaces sont ceux qui visent dans une certaine mesure plus particulièrement certains groupes de la population générale (Goplerud, 1992). Plus précisément, on constate que les méthodes les plus efficaces sont les méthodes ciblées et à facettes multiples (voir par exemple Perry et coll., 1996).

Depuis les années 1970, la majorité des programmes traditionnels de prévention ont visé la population générale. Ces programmes sont généralement axés sur la prévention primaire. Or la prévention primaire vise des gens qui ne sont pas encore à risque (qui n'ont pas encore commencé de consommer) ou (comme dans le cas des buveurs modérés) sont à faible risque. La Phase II de la SCA s'est caractérisée par le ciblage des programmes en fonction des groupes à risque élevé et non de la population générale. Cette nouvelle orientation a été accompagnée par une importance nouvelle accordée aux services de prévention secondaire de préférence à la prévention primaire. La prévention secondaire s'adresse aux gens à risque ou à ceux qui ont déjà subi les effets néfastes de l'alcoolisme ou de la toxicomanie (Mann et coll., 1995).

Le ciblage des ressources en fonction des populations à risque élevé permet d'accroître l'efficacité des résultats et d'améliorer la rentabilité. Autrement dit, les programmes destinés

[16] Malheureusement, ce document n'était pas disponible au moment où nous avons procédé à notre analyse bibliographique.

à ceux qui sont le plus susceptibles d'avoir des problèmes de dépendance ont plus de chances de permettre à ces derniers de bénéficier des interventions conçues en fonction de leurs besoins spécifiques (Miller et Hester, 1986).

L'idée d'élaborer des services de prévention en fonction d'une «courbe des risques et des préjudices» a été adoptée dans plusieurs administrations en dehors de Santé Canada (Ministère ontarien de la santé, 1988; American Society of Addiction Medicine, 1994; National Institute on Alcohol and Alcoholism, 1994). Selon le modèle de courbe des risques et des préjudices, on apparie les caractéristiques des clients (ex. : gravité de la dépendance) aux divers niveaux d'intensité des programmes (ex. : prévention primaire, secondaire, tertiaire)[17]. L'idée d'établir ce genre d'appariement est dans le droit fil des programmes aux méthodes d'intervention cognitives-comportementales. Conformément à l'esprit de la Phase II de la SCA, l'appariement est un moyen d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes (Ministère ontarien de la santé, 1988).

Dans l'ensemble, la transition de la Phase I à la Phase II de la SCA a été marquée par une réorientation : on est passé d'un modèle général axé sur la prévention primaire à l'intention de toute la population à une «courbe des risques» permettant de concevoir des programmes de prévention secondaire à l'intention de certains groupes à risque élevé. En règle générale, les ouvrages attestent qu'il y a encore des gens dans les groupes à risque élevé qui ont des problèmes de dépendance exigeant une intervention (ex. : Single et coll., 1994).

Rappelons que Santé Canada a adopté un nouveau cadre de référence, la santé de la population, qui est axé sur les déterminants de la santé (facteurs environnementaux sur les plans social, économique et physique; habitudes de santé personnelles; capacités personnelles, compétences d'adaptation et services de santé)(Santé Canada, 1994f). Si ce cadre semble compatible avec les méthodes et modèles actuels de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie, nous n'avons pas trouvé d'autres ouvrages analysant directement ces questions dans ce cadre.

---

[17] La prévention tertiaire s'adresse aux gens dont l'excès de consommation a entraîné des problèmes graves (de santé, juridiques, de famille, etc.). Cette approche comporte des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Voir *Robert Mann, «Does Targeted Prevention Work? Evidence from Recent Trends in Alcohol Problems in Ontario», Journal of Alcohol and Drug Education, 1995, p. 41.*

2. La réduction des préjudices

Ce qu'on appelle aujourd'hui la réduction des préjudices remonte aux années 1980 et au début des années 1990. Son objet principal est la réduction des effets négatifs de la consommation de drogues par opposition à l'approche traditionnelle qui consiste à essayer de réduire la fréquence de la consommation (Riley, 1992). Selon le modèle de réduction des préjudices/risques, à mesure que les problèmes de dépendance augmentent, il faut acheminer le client vers des services de plus en plus intensifs (de la prévention primaire à la prévention secondaire, puis à la prévention tertiaire). En général, les risques et l'ampleur des problèmes augmentent avec la quantité consommée et la fréquence de consommation ainsi qu'avec les caractéristiques générales de consommation (ex.: buveur irrégulier).

Santé Canada interprète largement la notion de réduction des préjudices et englobe aussi bien la prévention à l'intention des non-consommateurs (abstinence) que la gestion des risques de préjudice (pour les consommateurs et les non-consommateurs) (Santé Canada, 1994g). Santé Canada admet, sans l'absoudre, que certaines personnes vont consommer des drogues illicites et en abuser.

La gamme des services de prévention et de traitement offerts en fonction du principe de la réduction des préjudices est très vaste. Ces services sont notamment les suivants : programmes d'échange de seringues, entretien à la méthadone, techniques de consommation modérée d'alcool, interventions des serveurs, programmes éducatifs. Rappelons que Santé Canada n'appuie pas toutes les approches qui entrent dans le cadre du modèle de la réduction des préjudices (elle ne soutient pas, par exemple, le mouvement en faveur de la légalisation des drogues illicites) (Santé Canada, 1994g).

Dans les dernières années, le Canada s'est de plus en plus orienté vers le modèle de la réduction des préjudices dans le mode de règlement des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie[18]. Toute la SCA s'appuie sur un modèle de réduction des préjudices. Le principal objectif de la Stratégie est d'améliorer la capacité des interventions à réduire les préjudices pour les particuliers, les familles et les collectivités qui subissent les répercussions des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. En dehors de la SCA, il semble que plusieurs

---

[18] Il faut dire que la réduction des préjudices est surtout appliquée dans d'autres pays que le Canada et les États-Unis (la Grande-Bretagne par exemple). Voir : *Fondation de la recherche sur la toxicomanie, A New Approach to Alcohol and Drug Problems : Best Advice Paper (1993).*

administrations appliquent elles aussi systématiquement des stratégies de réduction des préjudices (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1993b; Ministère ontarien de la santé, 1988; Institut Donwood de Toronto). Les stratégies de réduction des préjudices sont souvent associées à des programmes produisant des résultats positifs qui ne sont pas étroitement définis en termes de contrôle (abstinence) ou de manque de contrôle (ex. : consommation contrôlée d'alcool) (Eliany et Rush, 1992).

E. Évaluations des résultats dans la population générale et les groupes à risque élevé

Notre rapport s'intéresse aux études sur les programmes de prévention tels qu'ils s'appliquent plus particulièrement aux cinq groupes à risque élevé circonscrits dans le cadre de la Phase II de la SCA. Nous nous sommes intéressés aux études canadiennes et internationales (surtout américaines) sur la prévention afin d'élargir l'analyse des groupes à risque élevé. L'analyse bibliographique porte sur les études publiées au cours des cinq dernières années dans le domaine des évaluations de résultats.

Depuis le début des années 1990, on estime que le secteur de l'analyse de la prévention de la toxicomanie en est à ses balbultiements (Botvin, 1990). L'*Office of National Drug Control Policy* de Washington (D.C.) a récemment déclaré qu'aucune étude scientifique rigoureuse n'a encore montré qu'une stratégie ou une approche était en mesure, à long terme, de réduire effectivement les préjudices causés par l'abus de substances psychoactives (1993)[19]. Au Canada, les chercheurs font remarquer qu'il faudrait procéder à d'autres études d'évaluation des programmes de prévention s'adressant aux populations à risque élevé (Eliany et Rush, 1992).

Malgré ces constatations, il faut dire que l'on dispose de certaines données concluantes sur les programmes de prévention à l'intention des populations à risque élevé. En fait, certains éléments limités permettent de penser que les programmes de prévention à facette multiples destinés aux groupes à risque élevé au Canada et aux États-Unis ont donné des résultats positifs (Eliany et Rush, 1992; Office of Substance Abuse Prevention, 1993; Perry et coll., 1996).

---

[19] On a par la suite fait remarquer qu'on en savait plus sur ce qui ne marche pas que sur ce qui marche dans la prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie (étant donné le manque général de données scientifiques solides). Voir : *Office of the National Drug Control Policy, Substance Abuse Prevention : What Works and Why, Washington (D.C.), Center for Substance Abuse Prevention, 1993.*

1. Les jeunes marginaux

On semble manquer totalement d'évaluations systématiques et bien contrôlées mesurant l'efficacité des interventions à l'intention des jeunes marginaux au Canada (Caputo et coll., 1996). L'élaboration d'un cadre méthodologique valable pour les jeunes à risque est relativement problématique étant donné le caractère nomade de cette population et la diversité des services qui lui sont proposés dans l'ensemble du pays. Une étude récente des fugueurs et des jeunes de la rue au Canada constate que, malgré quelques éléments attestant l'efficacité de ces services, il faut encore procéder à d'autres études pour évaluer la valeur des résultats obtenus dans cette population (Caputo et coll., 1996).

2. Les femmes

Les programmes de prévention destinés aux femmes ont porté sur un certain nombre de questions, notamment : les femmes et la grossesse; les femmes et l'usage/mésusage des médicaments; les femmes, les tranquillisants et l'alcool; et certains groupes de femmes comme les femmes âgées et les immigrantes. Dans les dernières années, une bonne partie de la recherche a porté sur les programmes de prévention à l'intention des femmes enceintes.

Nous avons déjà dit qu'il existe une incidence élevée du SAF/EAF dans plusieurs régions du Canada, qui exige une réponse en termes de services de prévention et de traitement de l'abus de substances psychoactives (Single et coll., 1994; Schorling et coll., 1992). Dans un rapport de base de la SCA (1992) sur l'efficacité des programmes de prévention et de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, on analyse les données d'évaluation relatives aux femmes enceintes dont les enfants couraient le risque de souffrir du syndrome d'alcoolisme foetal (Eliany et Rush, 1992). Cet examen des données d'évaluation englobe un certain nombre de programmes de prévention au Canada et aux États-Unis. Le rapport de 1992 résume les données d'évaluation généralement positives sur les programmes de prévention s'adressant aux femmes enceintes (Eliany et Rush, 1992).

Les études qui ont suivi le rapport de base de 1992 ont tendance à confirmer la constatation que les services de prévention destinés aux femmes enceintes sont efficaces. Les projets d'éducation et de counselling ont prouvé leur efficacité en termes d'élargissement des connaissances sur les risques pour la santé associés à la grossesse, mais ils n'ont pas donné de résultats tangibles en termes de modifications du comportement. Par exemple, une campagne médiatique au Manitoba a permis de sensibiliser un échantillon de trois mille répondants aux

risques associés à la consommation d'alcool durant la grossesse(Casiro et coll., 1994). Par ailleurs, un programme de prévention axé sur une méthode cognitive-comportementale a été proposé aux femmes de milieux économiquement défavorisés aux États-Unis et a produit des résultats positifs en termes de modification du comportement (Reynolds et coll., 1995). L'évaluation de ce programme à caractère cognitif-comportemental a permis de circonscrire des résultats correspondants en termes résultats comparatifs parmi les buveurs modérés, les Afro-américains et les non-protestants[20]. Dans l'ensemble, les programmes de prévention visant les femmes enceintes ont donné certains résultats positifs. Comme le SAF est largement associé à la consommation excessive d'alcool, l'accès à des services de traitement approprié pour les femmes alcooliques qui tombent enceintes est clairement un besoin.

3. Les personnes âgées

Les facteurs de risque associés à l'abus de substances psychoactives chez les personnes âgées sont assez bien analysés au Canada (Santé Canada, 1995b). Les caractéristiques de l'abus de substances psychoactives associées au vieillissement, et notamment le mésusage des médicaments délivrés sur ordonnance, sont un problème de santé important pour les personnes âgées. Mais il n'existepas d'évaluations bien contrôlées des résultats permettant de mesurer l'efficacité des programmes de prévention destinés aux personnes âgées.

4. Les Autochtones

Depuis le début de la Phase II de la SCA, on a adopté une stratégie exhaustive de formation à l'intention des Autochtones dans le cadre du développement communautaire et de l'évaluation des programmes. Santé Canada parraine des séances de formation à l'intention des Autochtones pour perfectionner la capacité des dispensateurs de services de santé et de services sociaux à évaluer l'efficacité des programmes de prévention à l'intention des Autochtones. Ces efforts devraient permettre de savoir quelles sont les interventions qui sont efficaces et pour qui elles le sont. À ce jour, les ouvrages de recherche ne font pas état

---

[20] Il faut considérer les résultats relatifs aux buveurs modérés avec circonspection car les données n'établissent pas de lien solide entre ce groupe et le SAF. Les études cliniques indiquent que c'est la consommation abusive d'alcool par la mère (dépendance à l'égard de l'alcool) qui est étroitement associée au syndrome d'alcoolisme foetal (Plant et coll., 1993). Ces constatations laissent penser qu'il y aurait lieu de procéder à une évaluation exhaustive et à un appariement des interventions qui conviennent pour les femmes dont les enfants risquent de souffrir du SAF.

d'évaluations systématiques de l'efficacité des résultats des services de prévention destinés aux autochtones.

5. La conduite avec facultés affaiblies

Malgré certains résultats positifs, les conclusions sont mitigées en ce qui a trait aux services de prévention de la conduite avec facultés affaiblies (Eliany et Rush, 1992).

Certaines études récentes font état du succès de la prévention de la conduite avec facultés affaiblies. Par exemple, les chercheurs ont récemment analysé le comportement de conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies qui avaient été mis en probation et invités par le tribunal à participer à des programmes d'éducation à la sobriété au volant (Jamieson et Stone, 1991). Les chercheurs ont constaté que, comparativement aux 35 % de récidivistes parmi les contrevenants qui n'avaient pas suivi de formation à la sobriété au volant, sur les 331 participants aux programmes d'éducation,
10 % seulement ont été de nouveau arrêtés pour conduite avec facultés affaiblies dans les deux ans qui ont suivi[21]. De plus, certains éléments laissent penser que le succès des programmes pourrait être prédit à partir de l'attitude des contrevenants à l'égard de leur changement éventuel.

La plupart des évaluations indiquent que les services de prévention ont des effets sur les attitudes et sur les connaissances plutôt que sur le comportement (Eliany et Rush, 1992). Par exemple, des chercheurs ont réparti au hasard des conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies entre un programme éducatif et un groupe témoin (Vingilis et coll., 1981). Comparativement au groupe témoin, le groupe qui avait suivi le programme témoignait d'une transformation sensible des connaissances. Mais, au bout de 3,5 ans, il n'existait plus de différences entre les deux groupes sur le plan des mesures de sécurité routière. On continue donc de s'inquiéter des récidivistes dont le comportement ne change pas malgré leur participation à des activités de prévention.

---

[21] Il faut considérer les taux de récidivisme en tant qu'indicateur de l'efficacité des programmes avec circonspection car ils ne traduisent que l'efficacité relative des autorités à appréhender les contrevenants en question et non le taux réel de conduite en état d'ivresse.

E. D'autres défis

1. La nécessité de procéder à des évaluations

La principale lacune circonscrite dans notre analyse bibliographique a trait à l'évaluation des programmes de prévention. Il faudrait élargir la base de connaissances sur l'efficacité des services de prévention destinés aux populations à risque élevé et prévoir des analyses en fonction du sexe au besoin. On a plus particulièrement encore besoin d'études sur les résultats des programmes destinés aux jeunes marginaux, aux personnes âgées et aux Autochtones.

Les études indiquent que l'on peut obtenir des résultats importants en appariant correctement les membres des groupes à risque élevé à certains types d'interventions (prévention primaire, secondaire, tertiaire). Par exemple, les résultats de certaines évaluations récentes sur les programmes de prévention de la conduite avec facultés affaiblies indiquent que les particuliers présentant certaines caractéristiques spécifiques ont avantage à faire l'objet de ce type d'intervention (Eliany et Rush, 1992). Le ciblage des programmes en fonction des caractéristiques des clients (ex. : gravité de la dépendance parmi les conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies) peut permettre d'améliorer la rentabilité et l'efficacité des programmes. Les évaluations mettent également en lumière l'importance du ciblage des différents types de résultats en fonction de telle ou telle intervention (ex. : connaissances, attitudes, modification du comportement).

2. Les données d'enquête et les données sur les tendances

Avant 1992, il y avait beaucoup d'écarts dans le volume et le type de données disponibles sur les populations à risque élevé du Canada (Single et coll., 1994). On a beaucoup étoffé la base d'information disponible sur le sujet depuis ce temps, mais il faut encore l'enrichir. Le rapport Horizons 1994 a contribué à le faire en analysant toute une gamme de sources d'information (nationales et régionales) afin de définir les caractéristiques de consommation des populations à risque élevé dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. L'Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues a elle aussi apporté sa contribution à la base d'information en recueillant des données nationales représentatives sur plusieurs groupes à risque élevé (ex. : les femmes, les personnes âgées et les conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies). La seconde version de l'ECAD permettra d'enrichir la base d'information sur les Autochtones des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon. Dans les années à venir, il s'agira d'élaborer des méthodes de collecte des données propres à combler

les lacunes concernant les populations difficiles à atteindre, comme les jeunes marginaux et les Autochtones. Comme dans la seconde version de l'ECAD, il faut adopter des techniques à la fois quantitatives et qualitatives de collecte des données pour analyser plus complètement les populations canadiennes à risque élevé qui sont difficiles à atteindre.

IV. CONCLUSION

L'analyse bibliographique a permis de faire certaines constatations concernant la réorientation de la Stratégie canadienne antidrogue (de la population générale aux groupes à risque). L'amélioration de la base d'information (ex. : ECAD) sur les populations à risque élevé a été accompagnée par l'élaboration et la mise en place de toute une gamme de services de prévention secondaire. L'analyse des ouvrages portant sur l'efficacité des programmes révèle systématiquement l'importance du ciblage des services de prévention en fonction des besoins spécifiques de ces groupes à risque.

La preuve de l'efficacité des programmes dans plusieurs groupes à risque élevé (ex. : les femmes et le SAF, et les conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies) laisse penser que la rentabilité et le succès des programmes sont associés à leur ciblage. Il reste cependant à analyser les résultats d'évaluation dans tous les groupes à risque élevé pour mesurer le succès de la Stratégie dans son ensemble. Il manque d'études d'évaluation sur certains groupes (ex. : les jeunes marginaux, les personnes âgées et les Autochtones), et il faudra y songer pour mesurer l'efficacité des services de prévention actuels.

Malgré les progrès effectués dans l'élaboration d'une base d'information sur les groupes à risque élevé, il reste à trouver des méthodes novatrices de collecte des données sur toutes les populations à risque élevé circonscrites dans le cadre de la Phase II de la SCA. Les tendances actuelles indiquent que les services de prévention doivent tenir compte des caractéristiques socio-démographiques de chaque groupe à risque. Il faut, par exemple, tenir compte des caractéristiques de consommation abusive chez les personnes âgées (ex. : médicaments délivrés sur ordonnance et alcool) et de l'augmentation rapide que l'on prévoit dans la population des personnes âgées au Canada dans les quelques décennies à venir. Les recherches indiquent que l'efficacité des programmes dépend de la précision de l'information concernant les caractéristiques spécifiques de la consommation abusive parmi les populations à risque élevé. Il faut donc continuer d'améliorer notre base de connaissances sur les groupes à risque élevé et de relier ces données à l'élaboration et à la mise en place des programmes.

Bibliographie

American Society of Addiction Medicine, «Placement levels for the Alcohol Dependence Scale and the Drug Abuse Screaning Test», dans Skinner, Harvey (dir. de la publ.), Computerized Lifestyle Assessment, MHOS, Toronto, 1994.

Anderson, James, Étude sur les jeunes marginaux à Halifax (N.-É) : rapport technique, Santé Canada, Ottawa, 1992.

Bergin, Betty et Baron, Jane, LESA : Programme d'enrichissement de la vie des aînés souffrant de dépendance à l'égard de l'alcool et d'autres psychotropes, Centre de santé communautaire du centre-ville, Ottawa, 1992.

Botvin, Gilbert, «Substance Abuse Prevention : Theory, Practice, and Effectiveness», dans Tonry, Michael et Wilson, James Q. (dir. de la publ.), Drugs and Crime, University of Chicago Press, Chicago, 1990.

Brannigan, Augustine et Caputo, Tullio, Étude sur les fugueurs et les jeunes de la rue au Canada : Problèmes conceptuels et méthodologiques, Solliciteur général du Canada, Ottawa, 1993.

Caputo, Tullio, Weiler, Richard et Green, Lara, Initiatives de pairs aidants pour les jeunes marginaux : Rapport et abrégé, Santé Canada, Ottawa, 1996.

Carter, Anne, Sleep Disturbances in the Elderly, Association médicale canadienne, Ottawa, 1993.

Casiro, Oscar, Stanwick, Richard, Pelech, Andrew et Taylor, Vic, «Public Awareness of Risks of Drinking Alcohol During Pregnancy : The Effects of a Television Campaign», Revue canadienne de santé publique, 1994, p. 85.

Conseil de planification sociale de Winnipeg, Needs Assessment on Homeless Children and Youth, Winnipeg, 1990.

Eliany, Mark et Rush, Brian, L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies : sommaire des évaluations - rapport de base de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1992.

Finglehor, David et coll., Missing, Adducted, Runnaway and Throwaway Children in America. First Report : Numbers and Characteristics, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Washington (D.C.), 1990.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (version provisoire), ARF, Toronto, 1995.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Programme Enrichissement à la vie des aînés - Options : prévention et intervention concernant les problèmes d'alcool et de drogue, ARF, Toronto, 1993a.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie, A New Approach to Alcohol and Drug Problems, ARF, Toronto, 1993b.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Les aînés et l'alcool, ARF, Toronto, 1993c.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Les aînés et les somnifères, les tranquillisants et les analgésiques, ARF, Toronto, 1993d.

Gendarmerie royale du Canada, Les enfants perdus au Canada : rapport annuel 1995, Bureau d'enregistrement des enfants disparus, GRC, Ottawa, 1995.

Goplerud, Sydney (dir. de la publ.), Breaking New Ground for Youth at Risk : Program Summaries, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville (MD), 1992.

Hawkins, J.D., Lishner, D.M. et Castalano, R.F., «Delinquents and drugs : What the evidence suggests about prevention and treatment programming», dans Brown, B.S. et Mills, A.R. (dir. de la publ.), Youth at High Risk for Substance Abuse ,National Institute for Drug Abuse, Rockville (MD), 1987.

Hewitt, David, Vinje, Garry et MacNeil, Patricia, Horizons Deux : Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les femmes au Canada, Santé Canada, Ottawa, 1995a.

Hewitt, David, Vinje, Garry et MacNeil, Patricia, Horizons Un : Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les aînés au Canada, Santé Canada, Ottawa 1995b.

Hewitt, David, Vinje, Garry et MacNeil, Patricia, Horizons Trois : Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les jeunes au Canada, Santé Canada, Ottawa, 1995c.

Jamieson, J.D. et Stone, W.E., «Predicting DWI education sucess», Federal Probation, 1991.

Lightfoot, Lynn, Adrian, Manuella, Gillian, Mary et Thompson, Joy Carolyn, Substance Abuse Prevention and Treatment for Women : The Working Paper, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1994.

Lightfoot, Lynn, Substance Abuse Treatment Strategies and Goals Within the Correctional Service of Canada, Service correctionnel du Canada, Ottawa, 1994.

MacNeil, Patricia et Webster, Ikuko, L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, 1995, Santé Canada, Ottawa, 1995.

Man, Robert, Smart, Reginald, Anglin, Lise et Adlaf, Edward, «Does targeted prevention work? Evidence from recent trends in alcohol problems in Ontario», Journal of Alcohol and Drug Education, 1995, p. 41.

Mangham, Colin et coll., Le ressort psychologique : pertinence dans le contexte de la promotion de la santé : document de travail, Santé Canada, Ottawa, 1995.

Mangham, Colin et coll., Le ressort psychologique : pertinence dans le contexte de la promotion de la santé : analyse détaillée, Santé Canada, Ottawa, 1995.

Miller, W.A. et Hester, R.K., «The effectiveness of alcoholism treatment : What research reveals», dans Treating Addictive Behaviours : Processes of Change, Plentium Press, New York, 1986.

Ministère de la santé de l'Ontario, Plan de traitement des problèmes d'alcool et de drogue en Ontario, Toronto, 1988.

Office of Substance Abuse, Substance Abuse Prevention : What Works and Why, Center for Substance Abuse Prevention, Washington (D.C.), 1993.

Perry, Cheryl, Williams, C.L., Veblen-Mortensen, S. et coll., «Project Northland : outcomes of a communitywide alcohol use prevention program during early adolescence», American Journal of Public Health, juillet 1996, vol. 86, n° 7.

Price, Virginia Ann, «Characteristics and needs of Boston street youth : One agency's response», Children and Youth Services Review, 1989, p. 11.

Project Match Research Group (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism), «Rationale and methods for a multiple clinical trial in matching patients to alcoholism treatment», Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1991, p. 17.

Radford, Joyce, King, Alan et Warren, Wendy, Les jeunes des rues face au sida, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1989.

Riley, Diane, Le modèle de réduction des méfaits : une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, Ottawa, 1992.

Ross, Bob et Gendreau, Paul, Effective Correctional Treatment, Butterworth, Toronto, 1980.

Santé Canada, Rapport sur le symposium sur le syndrome d'alcoolisme foetal et les effets de l'alcool sur le foetus, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1992.

Santé Canada, Stratégie canadienne antidrogue, Phase II : Situation actuelle - relevons le défi, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1994a.

Santé Canada, La vérité guérit, Santé Canada, Ottawa, 1994b.

Santé Canada, Prévention : le cadre préventif pour les communautés des premières nations, Santé Canada, Ottawa, 1994c.

Santé Canada, Stratégies pour jeunes autochtones en action communautaire, Santé Canada, Ottawa, 1994d.

Santé Canada, La conduite avec facultés affaiblies au Canada : Répertoire des procédures et des programmes - rapport final, Santé Canada, Ottawa, 1994e.

Santé Canada, Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens, Santé Canada, Ottawa, 1994f.

Santé Canada, Health Canada's Position on Harm Reduction, Santé Canada, Ottawa, 1994g.

Santé Canada, L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, 1994, Santé Canada, Ottawa, 1995a.

Santé Canada, Partenaires dans l'action : atelier canadien sur les aînés et la consommation de médicaments, d'alcool et d'autres drogues, Santé Canada, Ottawa, 1995b.

Santé Canada, Répertoire 1994-1995, programmes en prévention des toxicomanies destinés aux Métis, aux Inuits et aux peuples autochtones hors-réserve, Santé Canada, Ottawa, 1995c.

Santé Canada, L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, Santé Canada, Ottawa, 1995d.

Single, Eric, Maclennan, Anne et MacNeil, Patricia, Horizons 1994 : L'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada, Santé Canada, Ottawa, 1994.

Schorling, John B., «The prevention of prenatal alcohol use : A critical analysis of intervention studies», Journal of Studies on Alcohol, 1993, p. 54.

Service correctionnel du Canada, Élaboration d'un modèle pour la prestation d'un traitement en toxicomanie, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 1992.

Smart, Reginald et Adlaf, Edward, «Alcohol and drug use among the Elderly : trends in use and characteristics of users», Revue canadienne de santé publique, 1988, p. 79.

Smart, Reginald, Adlaf, Edward et Parterfield, Karen, Drugs, Youth, and the Street, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1990.

Statistique Canada, Le Pays, n° 93-310 au catalogue, Ottawa, 1993.

Vingilis, A.E., Chung, L. et Adlaf, E.M., «An evaluation of a prevention program for drinking and driving called R.I.D.E.», Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Almquist and Wiskell International, Suède, 1984.

Whitbeck, Les et Simons, Ronald, «Life on the streets : The victimization of runnaway and homeless adolescents», Youth and Society, 1990, p. 22.

PARTIE III : ENTREVUES AVEC LES PARTENAIRES EXTERNES - RAPPORT

Rapport final

18 décembre 1996

Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc.

I. INTRODUCTION

Nous présentons ici les résultats de nos entrevues avec les partenaires externes non fédéraux de Santé Canada. Ces entrevues nous ont permis de recueillir toutes sortes d'opinions sur l'efficacité du rôle de Santé Canada dans le cadre de la SCA. Elles nous ont également permis de contextualiser et de clarifier diverses questions dans notre analyse documentaire. Nous commencerons par faire une brève analyse préliminaire de ces entrevues. Notre prochain rapport, sur les entrevues avec le personnel de Santé Canada et ses partenaires fédéraux, sera présenté de la même façon. Les résultats présentés dans les rapports d'entrevues seront analysés en même temps que le rapport d'analyse documentaire et le rapport d'analyse bibliographique à la prochaine étape de notre évaluation. Les résultats, les conclusions et les recommandations de cette étape seront alors exposés dans un seul rapport final.

II. MÉTHODOLOGIE

Les répondants potentiels ont été choisis de concert avec le chargé de projet et des employés clé de la SCA à Santé Canada. En plusieurs occasions, c'est un collègue qui a pris contact avec le répondant désigné. D'autres ont recommandé d'autres personnes-ressources, qui ont par la suite été ajoutées à notre liste. Le tableau ci-dessous indique les types d'organisations contactées et le nombre de répondants.

	Entrevues avec les partenaires externes (non fédéraux)	
Type d'organisation	Nbre de personnes contactées	Nbre de répondants
Organismes provinciaux	5	6
Organismes autochtones et inuit	2	1
Spécialistes universitaires et autres	3	3
ONG	1	1
Organismes internationaux	1	1
Organismes d'exécution de la loi	4	4
Bénificiaires du financement de projets pour les jeunes par la SCA	5	8
Bénéficiaires du financement de projets pour les Autochtones par la SCA	3	3
Total	23	27

Considérés ensemble, les répondants représentent une vaste gamme d'expérience et de compétences sur les questions relevant de la SCA. Le plus gros des entrevues a eu lieu par téléphone, et les entrevues ont duré entre une et deux heures (voire plus en plusieurs occasions). Nous sommes très reconnaissants aux répondants d'avoir consacré tant de temps à l'évaluation. Beaucoup d'entre eux ont d'ailleurs demandé à recevoir un exemplaire du rapport final[1].

[1] On a renvoyé les répondants au chargé de projet pour ce qui est de la diffusion du rapport final.

Notre guide d'entrevue et la liste des répondants sont annexés au rapport. Beaucoup de nos questions ressemblaient à celles qui ont été posées aux fonctionnaires fédéraux (exception faite, bien entendu, des questions détaillées sur l'organisation et le fonctionnement interne de la SCA).

III. RÉSULTATS

Les entrevues se sont déroulées suivant les thèmes énoncés dans Guide d'entrevue (ils correspondent généralement aux questions d'évaluation que nous aborderons dans le rapport final). Nous présenterons donc nos résultats de la même façon. Dans la plupart des cas, tous les groupes de répondants ont exprimé des opinions très concordantes. Nous avons souligné les différences notables.

A. ORIENTATION (Q1)

La majorité des répondants avaient une certaine connaissance du rôle de Santé Canada dans le cadre de la Phase II de la SCA. La nature de leur participation et leur connaissance de la Phase II étaient différentes. Les subventionnés, par exemple, étaient surtout au courant des aspects de la Phase II de la SCA relatifs au contexte de leur projet et du financement qu'ils avaient obtenu. Les spécialistes du domaine, les personnes-ressources provinciales et les représentants des associations professionnelles connaissaient mieux le cadre général de la Phase II de la SCA. L'un des répondants ne savait rien du tout de la Phase II.

B. OBJECTIFS ET RÉALISATIONS DE LA PHASE II (Q2)

<u>Stratégies prévues pour l'amélioration des programmes</u>

Très peu de répondants se sentaient aptes à faire des remarques détaillées sur ce sujet parce qu'ils connaissaient mal le fonctionnement précis de la Stratégie et qu'ils étaient même parfois incertains quant aux limites du rôle de Santé Canada dans le cadre de la stratégie d'ensemble et par rapport à d'autres stratégies fédérales comme la stratégie sur le sida et la stratégie de réduction de la demande de tabac. On savait généralement que la SCA comportait une nouvelle orientation de la prévention axée sur les populations à risque élevé. On était par contre assez peu au courant du rôle de Santé Canada dans l'exécution de la loi et le contrôle.

La Phase II de la SCA a-t-elle permis de consolider les programmes?

Peu de répondants se sentaient aptes à faire des remarques détaillées sur ce sujet. Beaucoup ont cependant fait remarquer que, sur le plan conceptuel, le mélange coordonné de mesures de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle a déjà été et est encore une manière valable et appropriée d'aborder les questions associées à la drogue au Canada. La majorité des organismes provinciaux connaissaient mieux que les autres répondants les orientations stratégiques de la Phase II. La plupart estimaient que l'orientation de la Phase II était le prolongement logique du travail accompli au cours de la Phase I et que les programmes de prévention avaient été consolidés.

Réalisations de la Phase II de la SCA

Plusieurs estiment que l'on a vu des améliorations, surtout dans les domaines de la prévention, de la coordination et de la mobilisation de la collectivité.

Un répondant estimait que la Phase II avait permis d'ouvrir une tribune de discussion, de déterminer une orientation nationale et d'élaborer des politiques cohérentes. Plusieurs répondants ont fait remarquer que, à l'échelle internationale, la SCA a donné au Canada un profil national positif, surtout comparativement au profil américain, axé sur «la guerre à la drogue». Un répondant a déclaré que le modèle de la SCA est considéré comme le plus exhaustif et intégré qui soit à l'échelle internationale.

Dans l'ensemble, on s'entendait pour dire que la Phase II de la SCA a contribué à améliorer la coordination, le développement des connaissances et le partage de l'information. Pour certains, cependant, il est difficile d'imputer directement à la SCA les changements observés dans les programmes, la coordination, le développement des connaissances et le partage de l'information.

Deux répondants ont déclaré que la Phase II de la SCA avait permis de consolider certains types de programmes de prévention grâce au ciblage, mais ils étaient inquiets de ce que cela se soit soldé par une diminution de l'attention portée à la prévention et au traitement à l'échelle de la population générale.

C. LE CIBLAGE (Q3 - Q8)

Populations à risque désignées

La plupart des répondants ont pu nommer les groupes cibles de la SCA, surtout les jeunes marginaux, les femmes et les Autochtones et, à un moindre degré, les conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies et les personnes âgées.

Projet de réorientation

Tous les répondants ont indiqué que l'on était passé des programmes destinés à la population générale (Phase I) aux programmes destinés aux groupes à risque élevé (Phase II) parce qu'on s'était rendu compte qu'il fallait mettre l'accent sur les sous-populations qui étaient le lieu d'un fort pourcentage du problème en termes de consommation réelle et de ses conséquences néfastes.

Plusieurs répondants ont déclaré que le ciblage était le produit d'un processus de consultation. La plupart des autres ne savaient pas vraiment comment on avait choisi les groupes cibles.

Deux répondants se sont dits préoccupés de la manière dont les groupes cibles avaient été choisis dans le cadre de la SCA. L'un d'eux estimait que ces groupes étaient trop largement définis (surtout les femmes et les personnes âgées, qui regroupent une partie importante de la population générale). L'autre a donné à entendre que le ciblage avait plus été fonction d'une «rectitude politique» que de facteurs de risque effectifs. Les deux estimaient que les groupes à risque élevé devraient être définis plus étroitement en fonction de critères précis associés aux problèmes d'alcool et de drogue.

Quelques répondants ont contesté l'idée de définir des groupes cibles à l'échelle nationale. On reconnaissait que le ciblage des programmes était utile, mais on estimait que les priorités nationales ne correspondaient pas aux prioritaires provinciales et (ou) communautaires.

Réorientation effective

Les répondants avaient effectivement remarqué une réorientation du ciblage, mais ne pouvaient donner d'exemples précis de son ampleur au-delà de leur propre expérience à l'égard de certaines populations cibles.

Efficacité du ciblage

Beaucoup croient que le ciblage est un moyen rentable d'aborder le problème, mais ils n'ont pas su donner d'exemples concrets de l'efficacité du ciblage de la Phase II de la SCA en termes d'application ou de résultats.

Pertinence durable des groupes cibles et des stratégies

La plupart des répondants estiment que les groupes cibles de la SCA restent valables, mais quelques-uns qu'il y aurait peut-être lieu d'ajouter d'autres groupes prioritaires, à savoir : les «buveurs», les jeunes à risque dans les écoles, les utilisateurs de drogues injectables (en raison des risques pour la santé et des coûts) et les parents. Deux répondants estiment qu'il serait préférable de cibler les programmes en fonction des comportements problématiques (consommation d'alcool, consommation de solvants, problèmes systémiques donnant lieu à des ordonnances multiples, questions multiculturelles) plutôt que des populations comme telles.

Qu'avons-nous appris?

Les répondants estiment que le ciblage des programmes a permis de combler une lacune importante en offrant aux populations à risque élevé des programmes adaptés à leurs besoins particuliers. On a, selon eux, élargi notre connaissance des besoins des populations à risque élevé, ce qui a donné lieu à des programmes mieux conçus et appliqués, et ce sont là les résultats clés du ciblage.

Autres préoccupations

Plusieurs répondants ont fait état d'un certain malaise concernant la manière dont le ciblage de la Phase II de la SCA s'intègre au modèle de la Santé de la population de Santé Canada. On estime que, conceptuellement, le modèle de la Santé de la population peut aider à voir en quoi la consommation et l'abus de substances psychoactives renvoie au contexte global de la santé. Mais on estime aussi que les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie doivent être abordés plus directement et concrètement que ne semble le permettre le modèle.

Deux répondants se sont dits préoccupés par les programmes destinés aux Autochtones. L'un d'eux se demande si l'infrastructure des programmes sert à l'élaboration de programmes de qualité, au contrôle de la qualité ou à l'évaluation de leur efficacité. L'autre contestait la valeur des programmes en l'absence d'une approche systémique des questions relatives au développement communautaire et à l'autodétermination.

D. LA COORDINATION (Q9 - Q14)

Attentes et rôle de Santé Canada

La plupart des répondants n'avaient pas au départ d'attentes particulières à l'égard de la coordination ou de la collaboration et ils n'étaient pas au courant des mesures complexes de coordination et de collaboration à l'échelle fédérale.

Amélioration de la coordination et degré de satisfaction à cet égard

La majorité des répondants ont établi des relations positives avec le personnel de Santé Canada à l'échelle nationale et (ou) régionale (dans le cadre du financement de projets, de projets communs, de réunions, de forums, etc.).

Dans l'ensemble, la plupart des répondants engagés dans la Stratégie à l'échelle des programmes (ou qui avaient des connaissances spécialisées en la matière) se sont dits très, voire extrêmement, satisfaits de la coordination et de la collaboration suscitées par la Phase II de la SCA.

À l'échelle provinciale, il semble y avoir eu une certaine confusion au sujet des voies de coordination et de communication relevant de la Phase II (Secrétariat ou Programmes), mais, au total, on s'est dit très, voire extrêmement, satisfait de la coordination et de la collaboration avec le Secrétariat comme avec les Programmes de Santé Canada. L'un des répondants a fait l'éloge des mesures prises par Santé Canada pour faire participer les groupes clients à la planification.

À l'échelle internationale, deux répondants ont signalé que de nombreux exemples attestaient une amélioration de la coordination par le biais des réunions internationales. Mais deux autres répondants ont déclaré que le Canada n'avait pas suffisamment fait circuler ses rapports à l'échelle internationale. On a également fait remarquer que le Canada n'avait pas rempli une demande d'information du PNUCID (enquête annuelle sur les États membres). Le degré de satisfaction des répondants internationaux variait donc de «très satisfait» à «non satisfait».

A-t-on encore besoin de coordination?

Tous les répondants insistent : la coordination est toujours aussi nécessaire et cruciale, même si le mandat de la SCA n'est pas renouvelé. Pour la plupart des répondants, il vaut mieux que la coordination et la collaboration se fassent à l'échelle fédérale (au sein de Santé Canada). Plusieurs ont proposé des solutions de rechange à distance du Ministère (par le biais du

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, par exemple). La coordination à distance serait, selon certains, un préalable à la crédibilité dans la collectivité autochtone.

Répercussions du non-renouvellement

La grande majorité des répondants estiment que le non-renouvellement de la Phase II fera perdre l'élan obtenu.

E. LA BASE D'INFORMATION (Q15 - Q19)

Améliorations à l'élaboration de données

La plupart des répondants estimaient en savoir peu sur les intentions de Santé Canada dans ce domaine et n'étaient pas en mesure de faire de remarques détaillées.

Répercussions sur la base des connaissances

Globalement, la plupart des répondants ont déclaré que, depuis la Phase II, ils disposaient de plus d'information dans leur propre domaine, mais ne savaient pas dans quelle mesure on pouvait l'attribuer à la Phase II. Certains ont fait remarquer que ce n'est que maintenant que beaucoup des rapports de la Phase II sont diffusés. Ceux qui connaissaient mieux les produits d'information de la Phase II ont déclaré que la Phase II a donné lieu à une augmentation de l'information sur tous les groupes visés par les programmes. Les enquêtes nationales financées dans le cadre de la Phase II et l'étude estimative des coûts du CCLT ont été systématiquement mentionnées comme les réalisations les plus remarquables. Pour la plupart des répondants, ces études exemplifient le genre d'efforts qui placent le Canada à l'avant-scène de la réponse globale aux questions de toxicomanie, qui sont politiquement valables et qui renvoient à d'autres priorités de recherche. Ce genre d'efforts n'est guère réalisable qu'à l'échelle nationale.

Plusieurs répondants ont déclaré que le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies est une ressource fondamentale qui a permis d'améliorer l'accessibilité de l'information sous plus d'une forme : publications, services en direct, discussions et réunions. Bien que les efforts du CCLT sur Internet soient louables, l'un des répondants a fait une petite mise en garde concernant l'accessibilité de ce type de service électronique pour l'ensemble des Canadiens.

Lacunes dans la base d'information

Les répondants ont cependant fait certaines remarques sur les lacunes qu'il y a encore dans la base d'information. Aucun d'eux n'y voyait une question dramatique, mais un certain nombre d'entre eux ont précisé que les activités de recherche et les programmes de la SCA ont permis de cerner un certain nombre de priorités sur le plan de l'information, dont il y aura lieu de tenir compte à l'avenir et qui se répercuteront sur les politiques et les programmes. En voici la liste.

- Abus de drogues licites.
- Relation entre l'alcoolisme et la violence et conséquences de cette relation.
- Coût de la criminalité associée à la drogue.
- Études sur place (notamment des études de cas et autres méthodes novatrices) concernant les populations marginales.
- Recherche pratique sur ce qui peut être fait a niveau très local pour aborder les problèmes de toxicomanie (ex. : élaboration et évaluation des politiques municipales ayant trait à l'alcool).
- Recherche sur la dynamique de la drogue et la consommation de drogue chez les jeunes en général.
- Études conceptuelles et pratiques sur le modèle de la santé de la population et son application aux questions associées à l'abus de substances psychoactives.
- Études sur les tendances nationales concernant la dynamique de la drogue et l'utilisation des nouvelles drogues apparaissant dans la rue (ex. : au moyen d'enquêtes dans les services d'urgence des hôpitaux).
- Études sur les politiques et les stratégies de réduction des préjudices.

Quelle information a-t-on diffusée, comment l'a-t-elle été et à qui s'est-on adressé?

Les répondants n'ont pas su faire de liens directs entre l'information recueillie ou produite par la SCA et les programmes de Santé Canada en tant quel tels. Ils n'ont pas non plus été capables de faire beaucoup de remarques sur la manière dont l'information élaborée dans le cadre de la Phase II de la SCA a été utilisée ni par qui. La plupart ont cependant laissé entendre que, depuis la Phase II de la SCA, ils disposent de plus d'information (bien qu'ils ne sachent si cela est attribuable à la Phase II proprement dite).

F. LES RESSOURCES (Q20 - A25)

Utilisation des ressources par Santé Canada

Les répondants ne savaient généralement pas comment les ressources de la Phase II de la SCA ont été réparties entre les activités de réduction de la demande et de réduction de l'offre et ils ne savaient pas bien comment les ressources de la Phase II étaient effectivement utilisées ni si elles étaient utilisées de façon rentable.

Les bénéficiaires de subventions ont indiqué que les projets qu'ils avaient réalisés dans le cadre de la SCA n'auraient pas eu lieu si la SCA ne les avait pas financés.

Répercussions du non-renouvellement

Les répondants ont déclaré que le non-renouvellement du rôle de Santé Canada dans la SCA aura des répercussions considérables sur la durabilité de la réponse du Canada aux questions entourant la drogue. Les répondants ont énuméré les répercussions négatives suivantes :

- Il n'y aura plus de perspective nationale sur les questions entourant la drogue; on s'inquiète de ce que, dans le cadre du modèle de la santé de la population, les questions relatives à l'abus de substances psychoactives n'auront pas la priorité (ou les ressources) qu'elles devraient avoir; les coupures budgétaires imposées aux services de santé et sociaux provinciaux réduiront encore plus les programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

- Il y aura un déséquilibre entre les stratégies de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle, parce que le travail de prévention sera réduit.

- Les réalisations de la SCA dans le domaine de la coordination ne seront pas entretenues; les possibilités de collaboration seront perdues parce qu'il n'y aura plus personne pour faciliter ce processus (coordination/collaboration entre les secteurs, à l'échelle FPT et à l'échelle internationale).

- Les programmes de prévention de la Phase II destinés aux populations à risque élevé seront réduits ou deviendront inaccessibles dans le cadre d'un modèle de la santé de la population, car il n'y aura pas de ressources pour les soutenir.

- Les connaissances accumulées à l'occasion de la SCA ne seront pas entretenues (perte éventuelle de données sur les tendances nationales).

- La fermeture du CCLT serait une perte considérable sur le plan de l'élaboration de connaissances, le partage de l'information et la coordination.

- La crédibilité du Canada sur la scène internationale à l'égard des questions relatives à l'abus de substances psychoactives en souffrira. Par exemple, le Canada a joué un rôle important dans l'accord conclu entre les États membres des Nations Unies pour élaborer une déclaration sur les principes de la prévention. Sans la SCA (qui est considérée comme une prise de position claire sur les questions entourant la drogue), le rôle de premier plan du Canada sera compromis. Sur d'autres scènes (vis à vis de l'Organisation des États américains par exemple), le Canada donnera l'impression de se dérober à ses responsabilités et à ses engagements internationaux à l'égard de la mise en place d'une stratégie exhaustive et équilibrée de lutte contre la toxicomanie.

Plusieurs répondants se sont dits inquiets des répercussions de l'achèvement des programmes et du sentiment de «trahison» que les gens éprouveront lorsque les ressources ne seront pas renouvelées. Les bénéficiaires de projets ont plus particulièrement déclaré qu'il est de plus en plus difficile de faire face à la montée des attentes que suscitent les projets et au fait qu'ils sont des mesures à court terme, limitées dans le temps. On s'inquiète de ce que ces projets manquent de réalisme sur le plan de la durée d'élaboration de l'infrastructure d'un programme. L'un des répondants estime que la qualité de l'élaboration et de l'application des programmes en souffrira peut-être car on ne procèdera plus aux évaluations de projet généralement associées aux subventions fédérales.

Solutions de rechange

Les répondants n'ont pas proposé de solutions de rechange viables au financement par la SCA. Certains ont rappelé que les contraintes budgétaires étaient une réalité dans toutes les administrations gouvernementales et qu'il sera difficile pour tout autre organisme d'assumer le travail de la SCA. Les répondants n'ont pas fait mention du financement de partenariats par le secteur privé comme moyen de financement de rechange.

ANNEXE TECHNIQUE - ENTREVUES AVEC LES PARTENAIRES EXTERNES

A. Liste des répondants

B. Guide d'entrevue

A. Liste des répondants

Phil Arbing
conseiller provincial
Corrections and Criminal Justice
Health and Community Services Agency
Charlottetown (I.-P.-É.)

Ryan Aubichon
YES (Youth Empowerment and Success)
Whitehorse (Yukon)

Andrew Ball
médecin
Programme de lutte contre les toxicomanies
Organisation mondiale de la santé
Genève (Suisse)

April Barry
directrice
Health Promotion
Saskatchewan Health
Regina (Sask.)

Len Blumenthal
directeur général
Alberta Alcohol and Drug Abuse
Commission
Edmonton (Alb.)

Sharren Breen
YES (Youth Empowerment and Success)
Whitehorse (Yukon)

Tullio Caputo
professeur
Département de sociologie et d'anthropologie
Université Carleton
Ottawa (Ont.)

Virgina Carver
Consultante principale des programmes
Service des programmes communautaires
Fondation de la recherche sur la toxicomanie
Ottawa (Ont.)

Beverley Clarke
directrice
Addictions Services
Department of Health
Saint-Jean (T.-N.)

Gale Cozun
EGADZ Youth Centre
Saskatoon (Sask.)

Jay Edwards
chercheur en santé publique
Community Care and Public Health
Edmonton (Alb.)

Cindy Fasey
conseillère inter-régionale
Direction générale des services techniques
Organe international de contrôle des stupéfiants
PNUCID
Centre international de Vienne
Vienne (Autriche)

Rick Gilbert
directeur exécutif
Youth Secrétariat of
Greater Halifax-Dartmouth
Halifax (N.-É.)

Roda Grey
coordonnatrice nationale de la santé
Inuit Women Association
Ottawa (Ont.)

Don Horne
directeur exécutif
Services communautaires
Kahnawake Shakotiia'takehnhas
Kanawake (Québec)

Bill Jacyk
Société médicale canadienne sur
l'alcool et autres drogues
Winnipeg (Man.)

Perry Kendall
président
Fondation de la recherche sur la toxicomanie
Toronto (Ont.)

Barry King
président
Comité sur la drogue
Association canadienne des chefs de police
Brockville (Ont.)

Todd Leader
directeur exécutif
Halifax Task Force on Drugs
Halifax (N.-É.)

Ziggie Malyniwsky
Organisation des États américains
Washington (D.C.)

Louise Nadeau
professeure agrégée
Faculté de psychologie
Université de Montréal
Montréal (Québec)

Roger Peters
directeur
Young Offender Services
YMCA of Greater Halifax-Dartmouth
Halitax (N.-É.)

Ellie Robson
Capital Health
Community Care and Public Health
Edmonton (Alb.)

Robin Room
vice-président à la recherche
et coordonnateur des affaires internationales
Fondation de la recherche sur la toxicomanie
Toronto (Ont.)

Herbert Shaepe
Secrétaire de l'Organe
et chef du Secrétariat
Organe international de contrôle des stupéfiants
PNUCID
Centre international de Vienne
Vienne (Autriche)

Sue Sinclair
coordonnatrice
Programme de prévention de la consommation de solvants
Indian and Metis Friendship Centre of Winnipeg, Inc.
Winnipeg (Man.)

Herb Thompson
directeur exécutif
Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances
Winnipeg (Man.)

B. Guide d'entrevue

STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE
PHASE II
RÔLE DE SANTÉ CANADA
Évaluation finale

Introduction

Les intervieweurs fourniront les renseignements suivants aux répondants avant de commencer l'entrevue :

La Stratégie canadienne anti-drogue a 5 ans; il s'agit d'un projet ministériel qui a commencé en 1992 et prendra fin le 31 mars 1997. Il s'appuie sur les réalisations du projet antérieur, la Stratégie nationale antidrogue, en vigueur de 1987 à 1992.

La Phase II de la SCA est censée améliorer l'efficacité des programmes canadiens de lutte contre l'abus de substances psychoactives. *Elle était censée le faire en améliorant la coordination, en étoffant la base d'information sous-tendant les décisions relatives aux politiques et aux programmes, en ciblant les ressources en fonction de sous-populations à risque élevé et en complétant les ressources des programmes.*

Santé Canada a joué un rôle de premier plan dans ce projet. Notre cabinet, Jamieson, Beals, Lalonde, a été chargé d'évaluer l'efficacité de la Phase II de la SCA dans la consolidation des programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle. Nous nous sommes intéressés au rôle de Santé Canada dans l'amélioration des programmes grâce à un meilleur ciblage, une meilleure coordination à tous les niveaux et une amélioration de la base de connaissances sur la toxicomanie.

Avant de commencer l'entrevue, je veux vous rappeler qu'elle a un caractère confidentiel et que vous ne serez pas nommé dans le rapport.

Orientation

1. Que savez-vous de la Phase II de la SCA? En quoi y avez-vous joué un rôle et participé ?

Objectifs et réalisations de la SCA

2. À votre avis, les programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle du Canada ont-ils été consolidés dans le cadre de la Phase II de la SCA? (Ces stratégies convenaient-elles? Sont-elles toujours valables?)

Le ciblage

3. L'un des moyens d'améliorer les programmes a été de les cibler en fonction des populations à risque. Cela a représenté une réorientation par rapport aux programmes destinés à la population générale. A quoi attribuez-vous cette réorientation?

4. Étant donné votre expérience de la Phase II de la SCA, le ciblage des programmes en fonction des groupes à risque s'est-il concrétisé? (Donnez des exemples ou des preuves de cette réorientation.)

5. Le ciblage des programmes les a-t-il rendus plus efficaces? Si oui, en quoi?

6. Les groupes cibles actuels sont-ils toujours valables? Si oui, les stratégies de ciblage actuelles sont-elles toujours valables?

7. D'autres cibles seraient-elles plus valables? Si oui, pourquoi?

8. Qu'avons-nous appris du ciblage des programmes en fonction des populations à risque?

La coordination

Remarque : La Phase II de la SCA devait permettre d'améliorer la coordination et la collaboration à bien des niveaux, notamment au sein de Santé Canada, entre les ministères fédéraux et avec les autres partenaires ainsi qu'entre les programmes et les politiques de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle. Mais dans cette entrevue nous parlons

précisément de la coordination et de la collaboration entre Santé Canada et ses partenaires externes.

9. Qu'attendiez-vous de la Phase II de la SCA en termes d'amélioration de la coordination et de la collaboration (de quoi avait-on besoin et à quel niveau?)

10. Quel rôle espériez-vous que Santé Canada jouerait dans l'amélioration de la coordination et de la collaboration?

11. Pouvez-vous citer des cas d'amélioration de la coordination et de la collaboration issus de la Phase II de la SCA (au sein du Ministère, avec les partenaires fédéraux et d'autres partenaires gouvernementaux (prov./ter.), à l'échelle internationale, nationale, régionale, communautaire)?

12. Quel est votre degré de satisfaction à l'égard du degré de coordination et de collaboration obtenu?

13. A-t-on toujours besoin de coordination et de collaboration? Si oui, comment l'obtenir? Sinon, pourquoi?

14. Quelles seraient les répercussions du non renouvellement de la SCA sur la coordination et la collaboration dans ce domaine?

La base d'information

La Phase II de la SCA était censée améliorer la base d'information canadienne sur la toxicomanie.

15. Pouvez-vous donner des exemples d'amélioration dans la collecte et (ou) la diffusion d'information dans le cadre de la Phase II de la SCA? (Veuillez songer à la collecte de données, mais aussi à d'autres types d'activités d'amélioration de l'information et faire la distinction entre stratégies traditionnelles et non traditionnelles de collecte et de diffusion de l'information.)

16. En quoi ces améliorations ont-elles permis de perfectionner nos connaissances dans les secteurs suivants :

    i. facteurs de risque associés à la toxicomanie;
    ii. populations à risque (enfants, jeunes, jeunes adultes, jeunes marginaux, femmes, personnes âgées, Autochtones hors-réserve, conducteurs risquant de conduire en état d'ivresse (délinquants primaires et récidivistes);
    iii. caractéristiques et tendances associées à l'alcoolisme et à la toxicomanie au Canada;
    iv. Évaluation des préjudices et des coûts associés à l'alcoolisme et à la toxicomanie;
    v. Facteurs de récupération (ressort psychologique);
    vi. autre.

17. Quelles lacunes importantes reste-t-il dans l'information?

18. Savez-vous comment l'information élaborée dans le cadre de la Phase II de la SCA a été utilisée et par qui? (Exemples : élaboration ou changements de protocoles, d'énoncés de politique, de règlements, de lois, de pratiques de travail, de types de projets proposés ou financés, de programmes.)

19. Quels ont été les obstacles (éventuellement) qui se sont opposés aux répercussions positives de l'amélioration de l'information? (Exemples : opportunité de la collecte de l'information, problèmes de diffusion, manque de clarté, d'opportunité, de pertinence des données, etc.)

<u>Les ressources</u>

20. Savez-vous à quoi ont servi les ressources de la Phase II de la SCA? (Veuillez, si possible, préciser vos remarques sur l'affectation des ressources entre les divers groupes à risque, les secteurs d'activité et les programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle.)

21. Si vous avez obtenu des ressources dans le cadre de la Phase II de la SCA, qu'est-ce que ce supplément de ressources vous a permis de réaliser que vous n'auriez pas pu faire autrement?

22. La Phase II de la SCA a-t-elle permis de rendre les programmes plus rentables qu'ils ne l'étaient dans la Phase I? Si oui, en quoi?

23. Avez-vous été touché par les coupures dans les ressources de la Phase II de la SCA? Si oui, en quoi?

24. Quelles seraient les répercussions du non-renouvellement des ressources de la Phase II de la SCA?

25. Quelles sont les solutions de rechange aux ressources de la Phase II de la SCA?

PARTIE IV : ENTREVUES AVEC DES REPRÉSENTANTS DE SANTÉ CANADA ET DES PARTENAIRES FÉDÉRAUX

Rapport final

18 décembre 1996

Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc.

I. INTRODUCTION

Nous présentons ici les résultats de nos entrevues avec des représentants de Santé Canada et certains partenaires fédéraux associés à la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue. Ces entrevues devaient servir à obtenir des opinions sur l'efficacité du rôle de Santé Canada dans la Phase II de la SCA. Dans certains cas, les entrevues nous ont également permis d'approfondir certaines questions soulevées au cours de notre analyse documentaire.

Le rapport qui suit propose un résumé des principaux résultats d'entrevue et accompagne le rapport sur les entrevues avec les partenaires externes. Il ne contient qu'une analyse préliminaire, limitée des résultats. Ces deux rapports, avec l'analyse documentaire et l'analyse bibliographique, composent la base de notre évaluation. Il s'agira ensuite d'analyser tous les rapports d'enquête sur le terrain et de préparer l'exposé de nos résultats, de nos conclusions et de nos recommandations dans notre rapport d'évaluation final.

II. MÉTHODOLOGIE

Nous avons choisi nos répondants potentiels de concert avec le chargé de projet et des employés clés de la Phase II de la SCA à Santé Canada. Nous avons apporté quelques modifications mineures à notre première liste : une personne s'est désistée parce que sa participation à la SCA était faible selon elle, et nous en avons supprimé une autre en raison des difficultés à trouver un moment pour l'entrevue. Voici en résumé nos répondants.

Entrevues avec des représentants de Santé Canada et des partenaires fédéraux		
Ministère ou organisme	Nbre de personnes contactées	Nbre de répondants
Représentants de Santé Canada[1]	21	23
Conseil du Trésor	1	1
Solliciteur général du Canada[2]	2	2
Affaires étrangères et Commerce international	3	2
Transports Canada	1	1
Centre canadien de lutte contre les toxicomanies	1	1
Total	29	30

Ensemble, les répondants représentent une vaste gamme d'expérience et de compétences dans le domaine général de l'abus de substances psychoactives.

Plusieurs entrevues ont eu lieu en personne, mais la plupart ont eu lieu par téléphone. Elles ont duré en moyenne une à deux heures, parfois plus. Nous sommes très reconnaissants à nos répondants du temps qu'ils ont consacré à l'évaluation.

Notre guide d'entrevue et la liste des répondants sont annexés au rapport.

---

[1] Ce chiffre englobe les fonctionnaires de Santé Canada qui travaillent actuellement ou ont déjà travaillé pour la SCA ainsi que des partenaires ou protagonistes de second ordre qui sont situés dans le ministère.

[2] Englobe les représentants du Secrétariat du ministère et de la GRC.

III. RÉSULTATS

Le Guide d'entrevue a guidé nos discussions avec les répondants. La majorité d'entre eux comprenaient bien le rôle de Santé Canada dans le cadre de la Phase II de la SCA, mais ils n'ont pas su répondre à toutes nos questions ou y répondre avec la même profondeur.

Dans l'ensemble, toutefois, nous croyons que ces entrevues donnent une idée équilibrée et crédible du rôle de Santé Canada dans le cadre de la Phase II de la SCA. Les répondants ont exprimé des opinions généralement concordantes sur presque tous les sujets. Nous avons souligné les différences notables.

Le Guide d'entrevue aborde les questions suivantes : l'orientation, les objectifs et les réalisations de la Phase II de la SCA, le ciblage, la coordination, la base d'information et les ressources. Nous présenterons nos résultats suivant ces thèmes puisque ce sont les questions du Guide qui ont généralement alimenté la discussion.

A. ORIENTATION (Q1)

La majorité des répondants connaissaient très bien le rôle de Santé Canada dans le cadre de la Phase II de la SCA et la plupart avaient participé aux activités dès le début. Les autres connaissaient assez bien la question. Quelques-uns seulement étaient des participants récents de la Phase II. Plusieurs avaient également participé aux activités de la Phase I.

La majorité des répondants avaient une forme quelconque d'expérience directe de la Phase II de la SCA dans des secteurs comme les programmes de prévention, la coordination, le marketing social, les communications, la recherche, la diffusion de l'information, l'éducation et la formation, la protection de la santé, l'analyse des drogues et l'exécution de la loi.

B. OBJECTIFS ET RÉALISATION DE LA PHASE II (Q2, Q3, Q4)

Stratégies d'amélioration des programmes prévues

Les répondants ont indiqué que la Phase II était surtout censée permettre d'améliorer les programmes en les ciblant en fonction de populations à risque et d'améliorer la coordination global à l'échelle du Ministère et au-delà. Les répondants ont également mentionné, à un moindre degré, le développpement de la base d'information (enquêtes démographiques,

systèmes de contrôle et information de base sur la prévention et la protection de la santé) comme stratégie importante d'amélioration de la qualité des programmes.

Les principaux aspects de chaque stratégie sont résumés ci-dessous :

- Le ciblage : La Phase I de la SCA était axée sur des programmes destinés à l'ensemble de la population; la Phase II devait viser des groupes à risque élevé (les jeunes marginaux, les Autochtones, les femmes, les personnes âgées[3]). La Phase II devait s'appuyer sur des méthodes et des techniques différentes pour atteindre ces populations (ex. : méthodes participatives et facilitatives à l'échelle communautaire).

- La coordination : les faiblesses de la coordination avaient été circonscrites dans le cadre de la Phase I. La Phase II devait permettre de régler ces problèmes en améliorant la coordination entre secteurs et entre juridictions. L'amélioration de la coordination entraînerait un partage plus systématique des méthodes les plus efficaces et permettrait d'éviter le double emploi des efforts.

- Une meilleure base d'information : L'amélioration de l'information renvoyait surtout à l'obtention de données plus nombreuses sur les groupes à risque et à l'élargissement des connaissances en général (il s'agissait par exemple d'obtenir de meilleures données sur les tendances). Le CCLT était censé être le moyen d'élaborer, de coordonner et de diffuser l'information.

La Phase II de la SCA a-t-elle permis de consolider les programmes?

Dans l'ensemble, les répondants ont déclaré que les programmes destinés aux groupes à risque élevé avaient été consolidés grâce à la Phase II, mais beaucoup avaient le sentiment que cette amélioration serait de courte durée puique la SCA est près de son terme et qu'il n'existe pas d'autres sources de financement.

Réalisations de la Phase II de la SCA

Les répondants ont mentionné ce qui suit comme principales réalisations de la Phase II :

---

[3] Plusieurs répondants ont fait remarquer que Santé Canada n'abordait pas directement le problème de la conduite en état d'ivresse, jouant plutôt un rôle d'appui (influence et participation) dans les activités de Transports Canada à l'endroit de cette population.

- Augmentation des connaissances, de la collaboration et de la synergie entre les secteurs de la prévention et de l'exécution de la loi : les protagonistes sont plus nombreux dans chaque secteur à voir la valeur du travail en collaboration et ils comprennent mieux les points de vue les uns des autres sur la réduction de la demande et de l'offre. Le Comité de la santé et de l'exécution de la loi en partenariat est considéré comme un exemple particulièrement réussi. Les répondants ont également mentionné les réunions mixtes (comme la réunion national des chefs d'organismes de lutte contre la toxicomanie et les chefs de police).

- Une plus grande participation de la collectivité : grâce, surtout, aux fonds attribués au Programme de soutien communautaire et aux activités régionales, la Phase II de la SCA a permis de créer un partenariat fédéral-communautaire pour aborder les questions d'alcoolisme et de toxicomanie.

- Un meilleur développement des collectivités autochtones : les activités de la Phase II de la SCA ont contribué au développement communautaire pour aborder les problèmes d'abus de substances psychoactives, particulièrement chez les jeunes autochtones. On a également axé des programmes sur les Autochtones hors-réserve.

- Recours accru à des méthodes non traditionnelles pour toucher les populations difficiles à atteindre : les populations cibles de la Phase II de la SCA nécessitent souvent des approches «non bureaucratiques». Les projets de mentorat pour les jeunes de la rue et le recours à d'autres sites pour les programmes ont été deux exemples de la manière dont la Phase II a su adapter ses méthodes aux groupes visés.

- Amélioration de la base d'information et des systèmes d'information : les recherches effectuées dans le cadre de la Phase II ont fait avancer les connaissances sur les populations à risque élevé, les connaissances générales et les systèmes de connaissances et d'entraide.

- Reconnaissance et visibilité accrue du Canada à l'échelle internationale : la Phase II de la SCA a été bien reçue sur la scène internationale en tant que modèle d'équilibre entre la réduction de la demande et la réduction de l'offre et en tant qu'exemple des moyens de travailler avec les populations à risque élevé.

- On a retiré certaines ressources affectées à un contrôle inutilement serré de certaines drogues licites pour se concentrer sur d'autres drogues et d'autres problèmes : la

méthadone, les questions relatives au sang, les vaccins, les remèdes à base d'herbes, etc.

- On a retiré une partie du contrôle inutilement serrré de l'utilisation de la méthadone par les médecins dans le traitement de la toxicomanie et on a instauré un système d'autorisation plus souple.

- On a mis en place des réseaux plus efficaces au sein des secteurs et entre les secteurs ayant à voir directement ou indirectement avec les questions relevant de l'abus de substances psychoactives.

Facteurs hors SCA ayant influé positivement sur les réalisations de la Phase II de la SCA

Les répondants ont déclaré que les facteurs hors SCA suivants ont influé positivement sur la Phase II.

- Deux projets connexes de Santé Canada : la stratégie relative au sida et la stratégie relative aux personnes âgées ont contribué à donner de l'élan et une synergie à la Phase II. La collaboration a permis la réalisation de projets communs et la création de réseaux.

- La tendance générale à l'analyse horizontale a contribué à inciter des responsables d'autres ministères sans lien avec la SCA à collaborer avec Santé Canada (ex. : des employés de Patrimoine Canada ne travaillant pas directement dans le domaine de la toxicomanie ont participé à un projet portant sur les immigrantes et la toxicomanie).

- Le financement des projets SCA de la DGSM est devenu une «enveloppe» permanente de ressources qui serviront à maintenir les programmes connexes une fois la Phase II arrivée à son terme.

Facteurs hors SCA ayant influé négativement sur les réalisations de la Phase II de la SCA

Les répondants ont déclaré que les facteurs hors SCA suivants ont influé négativement sur la Phase II.

- Délai de mise en place : la première année de la SCA a été consacrée à la planification et à la dotation, de sorte que les réalisations «tangibles» ont été limitées durant cette première année. (Les répondants ont fait remarquer que c'est là un scénario classique lorsque de nouveaux projets sont lancés : pour la première année, on devrait atténuer les attentes pour tenir compte de cette réalité.)

- Incertitude financière : la majorité des répondants ont déclaré que les activités de la Phase II ont été entravées par une série de coupures budgétaires successives. Curieusement, certains répondants ont réagi plus positivement à ces coupures, indiquant que leur secteur avait dû fonctionner plus efficacement en conséquence et que certains projets communautaires avaient très bien réussi à «faire plus avec moins» ou à regrouper leurs ressources avec d'autres.

- La réorganisation de Santé Canada et sa nouvelle orientation en fonction du modèle de la santé de la population ont été deux facteurs d'instabilité et d'incertitude qui ont influencé négativement le moral du personnel de la Phase II.

- Érosion des activités FPT dans le domaine de la toxicomanie : le démantèlement du Comité consultatif FPT sur l'alcool et les autres drogues et de sa structure a influé négativement sur la coordination FPT sur le plan officiel.

- Réduction de l'intervention des provinces dans la lutte contre l'abus de substances psychoactives : les coupures budgétaires provinciales, accompagnées du démantèlement de certaines infrastructures provinciales dans le domaine (ex. : des organismes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, des sources de recherche, etc.), ont affaibli la coordination FPT. Beaucoup de répondants ont déclaré que le gouvernement fédéral avait mis l'accent sur les groupes à risque élevé en supposant que les provinces continueraient de s'occuper des besoins de la population générale. Comme l'intervention des provinces dans ce domaine a diminué, il y a désormais une lacune dans les programmes.

- Manque de soutien politique et public pour les programmes de lutte contre la toxicomanie: les répondants ont fait remarquer que l'introduction de la Phase II de la SCA avait été accompagnée d'un fort soutien politique, mais que ce soutien s'était évanoui rapidement. Ils estiment que la Phase II n'a été défendue ni par les responsables politiques ni par les hauts fonctionnaires. Beaucoup ont également déclaré que, contrairement à des questions comme le sida, il n'existe pas d'appui solide dans la collectivité à l'égard de la prévention de la toxicomanie.

C. LE CIBLAGE (Q5 - Q12)

Populations à risque désignées

Dans l'ensemble, les répondants ont assez bien réussi à identifier les groupes cibles de la SCA, mais ils ne les ont pas désignés systématiquement. Certains répondants ont pu identifier les groupes à risque directement touchés par leur secteur de travail, mais pas les autres. L'un des répondants a nommé d'autres groupes, notamment les gens qui ont besoin d'être traités à la méthadone, ceux qui participent aux programmes d'échange de seringues et les enfants souffrant de troubles de déficit de l'attention traités au Ritalin.

Projet de réorientation

Les répondants ont généralement compris pourquoi on est passé de programmes destinés à l'ensemble de la population à des programmes à l'intention de certains groupes à risque, étant donné la nécessité de réorienter des ressources devenues rares là où les risques et les préjudices sont le plus grands. Certains répondants ont fait le lien entre cette réorientation et les résultats des études de la Phase I et les consultations auprès des provinces. Plusieurs ont fait remarquer que cette réorientation présupposait que les provinces continueraient à se charger des programmes de prévention primaire destinés à la population générale.

Réorientation effective

La plupart des répondants ont déclaré que les activités de la Phase II avaient effectivement été réorientées dans une certaine mesure vers les groupes à risque qu'ils avaient identifiés. Ils ont fait les observations suivantes à l'égard de cette réorientation :

- Les jeunes marginaux ont été le premier groupe à avoir la priorité et ils ont fait l'objet d'une bonne partie des activités de la Phase II.
- On a réorienté de façon importante les activités à l'intention des Autochtones (dans certains cas avec relativement peu de moyens).
- On a plus récemment mis l'accent sur les femmes et les personnes âgées.
- On a relativement peu accordé d'importance aux conducteurs coupables de conduite avec facultés affaiblies dans les activités de Santé Canada, en dehors de ses rapports

de coordination et de collaboration avec Transports Canada, qui a joué un rôle de premier plan à l'égard de cette population.

Secteurs d'activité

Les secteurs d'activité étaient variables en raison de facteurs comme la nature différente des groupes cibles et le profil et la dynamique de consommation de ces groupes, le degré de pertinence de la base d'information relative au groupe et l'opportunité globale des diverses activités destinées à atteindre ces populations.

Les secteurs d'activité ont été les suivants :

- Marketing social : les répondants ont déclaré que le marketing social a été mis au second plan dans la Phase II parce qu'il n'était pas considéré comme le meilleur moyen d'atteindre certains groupes à risque comme les jeunes marginaux ou les autochtones.

- Éducation et formation : les activités traditionnelles (qui ont lieu en milieu scolaire) ont également diminué en faveur d'autres stratégies comme (pour les jeunes marginaux et les autres populations) le counselling par les pairs, la formation avec trousses d'action communautaire, les réseaux de jeunes autochtones et les documents autodidactiques.

- Recherche et collecte de données : cette activité a été variable selon les populations cibles. Concernant les jeunes marginaux, on a procédé à des recherches de base pour documenter l'élaboration des programmes; concernant les Autochtones, on a mis l'accent sur la création de partenariats et de programmes; concernant les femmes, on a effectué des recherches qui ont ensuite été appliquées dans le cadre de projets de démonstration; concernant les personnes âgées, on a mis l'accent sur la synthèse et la diffusion des connaissances.

- Développement/financement communautaire : les programmes communautaires ont été mentionnés comme activité commune à tous les secteurs cibles.

- Élaboration d'une politique nationale : l'élaboration d'une politique nationale sur l'abus de substances psychoactives a été fonction de thèmes et non de groupes cibles :

réduction des préjudices, cannabis, SAF, réponses aux jugements de tribunaux sur la publicité selon le CRTC, étiquetage, etc.

L'efficacité du ciblage

La majorité des répondants étaient d'avis que le ciblage avait rendu les programmes de Santé Canada plus efficaces. Certains estimaient qu'ils ne pouvaient pas faire de remarques utiles à cet égard parce qu'ils n'avaient pas eu connaissance de résultats d'évaluation sur les programmes pris en charge dans le cadre de la Phase II. Beaucoup ont fait observer qu'il n'existe pas pour l'instant de données empiriques claires attestant l'efficacité des programmes. Plusieurs répondants sont d'avis que la Phase II a permis de mieux comprendre comment aborder les populations à risque élevé, notamment les Autochtones.

Pertinence durable des groupes cibles et des stratégies

La plupart des répondants ont déclaré que les groupes cibles de la Phase II sont toujours valables. Leurs besoins sont les mêmes, et il est plus rentable de cibler ceux qui sont le plus exposés aux risques et aux pires conséquences. Mais, dans ce contexte, plusieurs ont fait remarquer que les stratégies de ciblage ne pourront que changer avec le temps.

Quelques répondants seulement ont proposé d'ajouter d'autres groupes cibles. Il s'agirait entre autres des jeunes de la rue de plus 25 ans, des enfants du primaire jusqu'à la sixième année et des jeunes de la population générale. À un niveau plus général, cependant, beaucoup de répondants se sont dits inquiets qu'on néglige la prévention primaire. Plusieurs ont précisé que Santé Canada devrait rééquilibrer ses efforts entre les programmes destinés aux groupes à risque et les programmes destinés à la population générale. L'un des répondants estimait que Santé Canada pourrait en apprendre plus sur les stratégies de réduction des préjudices employées dans d'autres pays, comme les Pays-Bas par exemple. Un autre estimait que Santé Canada devrait rééquilibrer ses activités en fonction du contexte plus vaste des ressources consacrées aux drogues illicites et aux drogues licites comme le tabac, l'alcool et les produits pharmaceutiques.

Qu'avons-nous appris?

Les répondants estimaient que nous avons tiré les leçons suivantes du ciblage des programmes de la Phase II :

- La Phase II a reconfirmé le fait que les groupes à risque élevé ont des besoins différents et qu'il faut donc y appliquer des méthodes différentes.

- L'ampleur des groupes cibles identifiés dans le cadre de la Phase II est variable, et ces groupes ne sont pas en soi homogènes.

- Les groupes cibles peuvent être très peu nombreux au sein d'une collectivité selon leur origine et la durée de leur situation à risque.

- La prise en charge de l'élaboration des programmes par les groupes cibles et leur participation à leur application sont des conditions préalables au succès de ces programmes.

- Les jeunes marginaux ont les mêmes désirs et les mêmes besoins que le reste de la population (ils besoin d'être aimés et respectés et ils ont des ambitions), et pourtant il ne s'intègrent pas à notre modèle de société (système scolaire). Nous devons sensibiliser la société et amener les gens à voir au-delà de leur apparence et de leur langage.

- L'importance de la participation des jeunes et de leur prise en charge par eux-mêmes et l'importance de la sensibilisation des décideurs, à qui il faut apprendre à voir en ces jeunes à risque une population qui mérite leur intérêt.

- Il n'existe pas de solution miracle, à court terme, à la toxicomanie.

- La sensibilisation de la collectivité aux conditions de vie des populations à risque élevé est une partie de la solution.

- La collaboration intersectorielle est indispensable lorsqu'on travaille auprès des jeunes.

- Les collectivités sont tout à fait disposées à faire face à leurs problèmes, même avec très peu de moyens.

- La différence des sexes traverse tous les courants : il faut produire des documents tenant compte de cette différence et spécifiques des sexes.

Plusieurs répondants ont fait remarquer que la Phase II s'écartait nettement de la Phase I. Ils trouvaient, rétrospectivement, qu'on aurait dû songer à une phase de transition entre la perspective des programmes destinés à la population générale et la perspective de la Phase II.

D. LA COORDINATION (Q13 - A24)

Pourquoi avait-on besoin d'améliorer la coordination et comment la concevait-on?

La majorité des répondants ont déclaré qu'on avait besoin de coordination pour les raisons suivantes.

- C'était une faiblesse de la Phase I.
- Cela évite le double emploi des efforts et des services et crée une stratégie plus cohérente et rentable entre les programmes.
- Cela favorise le partage d'information et permet de mieux comprendre les différentes perspectives sur la toxicomanie (cela intéresse plus particulièrement les secteurs de la santé et de l'exécution de la loi).
- Cela décloisonne les cultures propres aux secteurs de la santé et de l'exécution de la loi et entame leur «territorialité» pour favoriser une collaboration et une coopération intersectorielles.
- Cela permet aux diverses administrations gouvernementales, aux organismes non gouvernementaux (ONG) et à la collectivité d'unifier leurs efforts.

Beaucoup de répondants ont fait remarquer que le rôle du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue (SSCA) en matière de coordination n'était pas officiellement défini. Dès le début de la Phase II, il semblait y avoir différents points de vue sur ce que ce rôle devait englober. Il semble aussi qu'il y ait eu une certaine confusion au début sur le rôle du SSCA par rapport au Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

Résultats des efforts de coordination

Les résultats escomptés le plus fréquemment mentionnés ont été les suivants.

- Meilleure coordination au sein de Santé Canada, entre les ministères fédéraux et avec les autres administrations gouvernementales et les partenaires externes, et donc des réponses mieux adaptées aux problèmes.

- Élargissement de la base d'information, une meilleure synergie et donc de meilleurs programmes.

- Un meilleur équilibre entre les secteurs de la réduction de la demande et de la réduction de l'offre.

Attentes à l'égard du SSCA

La majorité des répondants ont désigné la coordination interministérielle comme leur première attente à l'égard du SSCA. Comme on l'a vu, il n'existait pas d'énoncé officiel ni d'entente concernant le rôle que devait jouer le SSCA en matière de coordination. On avait également d'autres attentes à l'égard du SSCA, notamment les suivantes.

- Donner une orientation nationale, une perspective commune et un profil public à la Phase II de la SCA.

- Circonscrire les problèmes émergents et les occasions de collaboration et réunir les protagonistes interministériels autour des problèmes et des questions d'intérêt commun (ex. : projet de loi C-8).

- Diffuser l'information et en coordonner l'acheminement parmi les protagonistes des différents niveaux (ex. : partenaires provinciaux, etc.).

- Assumer le pouvoir d'attribuer des fonds à l'échelle interministérielle, et notamment faciliter l'établissement des objectifs annuels de la SCA (et de chaque protagoniste), puis mesurer les progrès et réaffecter les ressources au besoin.

Au sein de Santé Canada, les répondants avaient diverses attentes à l'égard du SSCA, notamment ce qui suit.

- Faire fonction d'agent de coordination et de liaison ministériel (ex. : avec le CCLT).

- Contrôler le «contexte» à l'échelle interministérielle, nationale et internationale.
- Soutenir les régions dans leurs efforts pour toucher les groupes cibles.
- Maintenir le profil des divers éléments des programmes de Santé Canada «sur le même pied» au sein et à l'extérieur du Ministère.
- Veiller à ce que les autres activités de la SCA s'intègrent aux objectifs de Santé Canada.
- Rappeler sur toutes les tribunes la nécessité d'une stratégie fédérale permanente de lutte contre l'abus de substances psychoactives.

Le SSCA a-t-il disposé de suffisamment de ressources?

La majorité des répondants estimaient que le Secrétariat avait disposé de suffisamment de ressources humaines et financières pour assumer son rôle en matière de coordination. Mais beaucoup d'entre eux ont rappelé que le SSCA n'avait pas un mandat et un pouvoir clairs à cet égard, ce qui a entravé son travail dans la Phase II. Plusieurs répondants ont laissé entendre que le niveau relativement peu élevé du SSCA dans la hiérarchie de Santé Canada avait également limité son pouvoir et donc sa crédibilité en matière de coordination de la Phase II de la SCA. Plusieurs répondants ont fait remarquer que le SSCA avait subi des coupures budgétaires qui ont également entravé sa capacité à coordonner efficacement les activités.

Comment a-t-on concrétisé les efforts de coordination et de collaboration?

À quelques exceptions près seulement, la plupart des répondants connaissaient bien les mécanismes formels et informels de coordination mis en place dans le cadre de la Phase II. Ils ont jugé les mécanismes efficaces à divers degrés (de «très efficaces» à «assez efficaces»). Un répondant seulement a déclaré que les mécanismes n'étaient pas efficaces. Plusieurs répondants n'ont pas su évaluer l'efficacité des mécanismes de coordination.

En règle générale, les répondants semblaient satisfaits du niveau de coordination obtenu, surtout dans le contexte difficile que l'on sait (mandat inexistant, cultures sectorielles différentes, coupures budgétaires, etc.).

Certains répondants estimaient que le SSCA avait fait du chemin dans ses efforts de coordination au sein de Santé Canada, entre les secteurs de l'exécution de la loi et de la prévention (par le biais du CSEP) et à l'échelle internationale. Plusieurs répondants ont fait remarquer que le SSCA avait été capable de fournir de l'information et des données spécialisées à d'autres dans le Ministère. D'autres estimaient que les efforts de coordination du SSCA avaient été plus fructueux dans le domaine de la prévention que dans celui de la protection de la santé. Les comités constitués à certaines fins ou pour certains projets (ex. : à l'échelle des programmes de Santé Canada) ont été généralement jugés efficaces.

Les critiques adressées au SSCA ont trait par exemple au fait qu'il aurait été incapable d'obtenir des relations de collaboration et de compréhension entre les secteurs de l'exécution de la loi et de la prévention et d'établir des liens fructueux avec les provinces. Certains répondants estimaient que les activités internationales du SSCA étaient inutiles et que le Secrétariat aurait dû se concentrer sur la durabilité de la stratégie nationale.

Sur le plan interministériel, certains répondants estimaient qu'il était difficile d'obtenir une perspective commune sur la Phase II de la SCA parmi les divers protagonistes, que ceux-ci ne cessaient de changer et que les membres du comité interministériel n'étaient pas des de niveau suffisant pour prendre des décisions. Il semble que cela ait donné lieu à de la frustration chez beaucoup de protagonistes. Les répondants estimaient que les mécanismes axés sur les tâches ou sur les projets avaient été plus fructueux.

Les répondants ont à plusieurs reprises déclaré que les rôles respectifs du SSCA et du CCLT en matière de coordination n'étaient pas suffisamment clairs.

En quoi la coordination a-t-elle été améliorée?

On a mentionné les améliorations suivantes.

Au sein de Santé Canada

Les répondants ont mentionné les améliorations suivantes :

Intégration de pratiques efficaces; meilleures activités associées aux ressources; meilleur fonctionnement des activités relatives à certains secteurs spécialisés; plus de communications sur les services disponibles dans le domaine; élaboration de modèles sur la manière de créer des programmes; meilleure collaboration dans la réalisation des projets.

Deux exemples ont particulièrement été mentionnés.

- La DGSM et la DGPPS (unité DAO) ont amélioré leurs relations de collaboration en ce qui concerne les questions entourant la toxicomanie chez les Autochtones : elles y ont gagné une plus grande sensibilité à ces problèmes, ont fécondé réciproquement leurs idées, se respectent plus l'une l'autre et, en fin de compte, élaborent de meilleurs programmes.

- L'interaction et la coordination du travail de l'unité DAO avec les autres secteurs de programme de Santé Canada (par exemple avec le Programme de soutien communautaire) a donné lieu à de meilleures communications, à une meilleure compréhension et à l'élaboration de meilleurs programmes.

- La collaboration entre le personnel de la SCA et celui d'autres projets a été jugée bonne.

Avec les partenaires fédéraux

Comme on l'a vu, les répondants ont identifié un certain nombre de faiblesses dans la coordination interministérielle, mais ils ont par ailleurs observé un meilleur partage de l'information et des compétences entre les ministères, surtout entre Santé Canada, le Solliciteur général du Canada et AECI dans le cadre de la Phase II.

Avec les autres gouvernements

La coordination FPT a diminué dans le cadre de la Phase II en raison de la décentralisation et du démantèlement du Comité consultatif FPT sur l'alcool et les autres drogues. Mais une certaine liaison/coordination FPT a été maintenue à l'échelle régionale et à l'échelle des programmes et des projets. Le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies et le projet de données sur les salles d'urgence ont été deux exemples de coordination inter-juridictionnelle souvent mentionnés.

À l'échelle internationale

Sur la scène internationale, Santé Canada a réussi à faire inscrire la réduction de la demande à l'ordre du jour international. Le travail entrepris auprès de organismes internationaux comme le PNUCID, l'OMS et l'OEA a contribué à instaurer une perspective plus équilibrée sur les stratégies de lutte contre la toxicomanie.

À l'échelle nationale

Les répondants estimaient que la Phase II de la SCA avait plus particulièrement permis d'améliorer la coordination avec les organismes nationaux autochtones, surtout ceux qui représentent les populations hors-réserve. Ils ont mentionné des éléments anecdotiques attestant l'amélioration de la coordination avec les ONG et les associations professionnelles grâce à leur participation à toutes sortes d'ateliers, de forums, de conférences, etc. Certains répondants estimaient que Santé Canada avait contribué au développement communautaire grâce au Programme de soutien communautaire.

À l'échelle régionale

Les répondants ont fait remarquer que le personnel régional de Santé Canada collaborait plus étroitement avec ses homologues régionaux que durant la Phase I. Un répondant régional a déclaré que la Phase II de la SCA avait fait beaucoup de chemin : ils étaient désormais considérés comme des personnes-ressources et non plus simplement comme des «sources de financement».

À l'échelle communautaire

Certains répondants estimaient que la SCA avait permis de former des membres de la collectivité à la prestation de programmes. D'autres ont indiqué qu'il était difficile de savoir ce qui avait été réalisé à l'échelle communautaire parce qu'il est toujours aussi difficile de retracer les résultats des programmes financés au moyen des subventions et contributions.

Avantages et inconvénients de la coordination de la SCA

La très grande majorité des répondants estimaient que la coordination était une valeur ajoutée. Voici les avantages qu'ils y voyaient.

- Relations interministérielles et intersectorielles avec durabilité potentielle.
- Partage d'idées et de compétences sur la manière d'aborder la réduction de la demande et la réduction de l'offre.
- Rentabilité attribuable au partage d'information et à la collaboration, donc évitement du double emploi des efforts et de l'obligation de «réinventer la roue».

- Découverte des possibilités qui s'offrent au sein des secteurs, des régions et des collectivités et entre eux.

On a demandé aux répondants de faire des observations sur les inconvénients éventuels de la coordination de la SCA. Beaucoup de remarques semblent avoir eu trait aux faiblesses de la stratégie elle-même et non des mécanismes de coordination. Par exemple :

- Perte de pouvoir dans la division qui assumait auparavant les responsabilités imputées à la SCA.

- Manque de coordination à l'échelle interministérielle (surtout entre la santé et l'exécution de la loi) concernant la consommation de drogues licites (ex. : détournements de produits pharmaceutiques, fausses ordonnances, vols qualifiés/vols, etc.).

- À l'occasion, des projets qui n'ont pas fait l'objet de suffisamment de consultation ou de collaboration (ex.: entre les programmes de prévention de SC et le personnel du BSM concernant l'élaboration de documents d'information publique sur les drogues; concertation insuffisante entre le PNRDS et le BSM sur les questions entourant les herbes médicinales chinoises).

Le ciblage et la collaboration avec d'autres projets

La plupart des répondants ont déclaré que la SCA avait su interagir et collaborer avec les autres secteurs de projet de Santé Canada ayant trait

- au sida (utilisation de drogues injectables, réduction des préjudices),

- aux personnes âgées (médicaments),

- au développement de l'enfant (jeunes mères, SAF),

- à la stratégie de réduction de la demande de tabac (destinée conjointement aux jeunes filles).

On a observé une bonne collaboration à l'égard des problèmes propres aux domaines suivants : la toxicomanie chez les femmes, la toxicomanie chez les Autochtones, la violence familiale et la santé mentale.

Degré de satisfaction à l'égard de la coordination et de la collaboration

La plupart des répondants ont déclaré qu'ils étaient satisfaits ou très satisfaits du degré de coordination et de collaboration observé au cours de la Phase II de la SCA. Plusieurs ont nuancé leurs remarques en ajoutant que la coordination présentait plus de possibilités qu'on ne le pensait ou pourrait le penser étant donné les problèmes associés à la manière dont l'infrastructure de la coordination avait été établie au sein de Santé Canada et étant donné les perspectives divergentes et assez «enracinées» dans les secteurs de la prévention et de l'exécution de la loi.

Y aurait-il eu coordination sans la SCA?

La majorité des répondants ont déclaré que certains aspects de la coordination n'auraient pas eu lieu en l'absence de la Phase II, notamment la coordination des activités des secteurs de la prévention et de l'exécution de la loi et les activités de coordination de projets. Les répondants étaient divisés sur la question de savoir s'il y aurait eu coordination au sein de Santé Canada en ce qui concerne les programmes de lutte contre la toxicomanie en l'absence de la Phase II. L'un d'eux estimait que certains résultats, comme le projet de loi C-8, auraient été obtenus même s'il n'y avait pas eu la Phase II.

A-t-on encore besoin de coordination?

Presque tous les répondants estimaient qu'il fallait des mécanismes permanents de coordination et de collaboration si le gouvernement fédéral voulait

- s'assurer de l'efficacité des activités fédérales de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie;
- donner lieu à de nouvelles connaissances, attitudes et perspectives et obtenir le soutien de tous au processus de collaboration intra et interministérielle.

Mais les répondants se rendaient également compte qu'il fallait une stratégie de financement dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, qu'il devait y avoir quelque chose à coordonner... Certains estimaient que, étant donné les contraintes budgétaires, il fallait repenser l'ordre des priorités et élaborer de nouvelles perspectives en fonction de ce qui pouvait être fait dans les limites budgétaires données et non pas de ce qu'il faudrait dans

l'ensemble. D'autres ont fait remarquer que le soutien des cadres supérieurs est indispensable au succès de la coordination.

Tous les répondants estimaient que la coordination pourrait être maintenue par un quelconque comité ou groupe de travail fédéral, interministériel ou ministériel. Il faudrait que le mécanisme mis en place équilibre la réduction de la demande et la réduction de l'offre et laisse place à un partage des pouvoirs entre Santé Canada et ses partenaires fédéraux. On a aussi proposé ce qui suit.

- Un organisme indépendant non chargé d'offrir des programmes pourrait présider ce groupe.
- Le groupe chargé de la coordination devrait également avoir des compétences solides en matière d'alcoolisme et de toxicomanie.
- Les groupes communautaires pourraient participer à la coordination.

Le démantèlement du SSCA

Les répondants étaient généralement divisés sur la question des répercussions du démantèlement du Secrétariat : certains pensaient que cela n'avait pas eu de répercussions, tandis que d'autres donnaient toutes sortes de détails sur les répercussions négatives de la fermeture du SSCA (perte de compétences, perte de lieu central, manque d'information sur les activités des autres partenaires fédéraux). Un seul d'entre eux a parlé de rétablir le Secrétariat.

Répercussions du non-renouvellement de la SCA

Presque tous les répondants ont soutenu que le non-renouvellement de la SCA aurait des répercussions négatives dans leurs secteurs respectifs du domaine de la prévention et de l'exécution de la loi. Les répondants du secteur de l'exécution de la loi admettaient l'importance de la prévention.

Deux répondants (l'un dans le domaine de la protection de la santé et l'autre dans celui de la toxicomanie chez les Autochtones) ont indiqué que le non-renouvellement de la SCA n'aurait pas beaucoup d'effet sur la coordination dans leurs secteurs respectifs.

Les thèmes communs des remarques sur les répercussions du non-renouvellement étaient entre autres les suivants.

- Fragmentation des efforts (à Santé Canada, à l'échelle FPT et à l'échelle internationale).
- Retour à des approches indépendantes dans les sphères de la réduction de la demande et de la réduction de l'offre.
- Manque de coordination et perte d'occasions de projets communs.
- Réduction des activités de programme et de projet.
- Absence de vision structurée et de leadership national : les Canadiens reçoivent un message non conforme à la réalité des problèmes de toxicomanie.

La hiérarchie

Un tiers environ des répondants ont été capables de faire des observations sur la hiérarchie de la SCA à Santé Canada. Quatre répondants estimaient que les relations hiérarchiques n'étaient pas claires. Les autres estimaient qu'elles l'étaient, mais ils n'ont pas été très bavards concernant le fonctionnement ou l'efficacité de cette hiérarchie. Quelques-uns considéraient qu'il y a avait une confusion des responsabilités, en particulier entre la coordination stratégique et la coordination des programmes. D'autres ont déclaré que l'acheminement de l'information aux cadres supérieurs était inefficace et entravait les activités.

E. LA BASE D'INFORMATION (Q25 - Q35)

Amélioration de la base d'information

Les répondants ont fait les remarques suivantes.

- L'amélioration de la base d'information a surtout concerné les groupes à risque avec une attention particulière portée aux méthodes de recherche qualitatives.

- Les données sur les tendances générales ont été améliorées grâce à des enquêtes quantitatives comme l'ENAD.

- La synthèse des données de recherche actuelles et de certains projets de recherche a permis d'aborder beaucoup des aspects des questions relatives à l'alcoolisme et à la toxicomanie dans les populations à risque élevé.

- Amélioration des bases de données (Ex. : NARCON, base de données des projets du PSC).

Les répondants ont donné de nombreux exemples d'améliorations de la base d'information. Les plus courants étaient les suivants.

- L'Étude sur les coûts de l'abus de substances au Canada.

- l'ENAD.

- le projet de données sur les salles d'urgence.

Répercussions sur la base de connaissances

La plupart des répondants n'ont pas fourni de remarques détaillées sur la manière dont la base de connaissances s'est élargie dans certains secteurs, mais ils ont fait les observations suivantes.

- Facteurs de risque : on en sait plus sur les points communs et les différences entre les groupes à risque et la dynamique des facteurs de risque, mais l'importance relative de ces facteurs et la façon dont il y a lieu d'intervenir à leur égard sont des questions aux contours encore imprécis.

- Populations à risque : on a recueilli plus d'information sur la nature des populations à risque.

- Caractéristiques et tendances : l'ENAD et l'ECAD ont permis d'améliorer la base d'information, mais on a encore besoin de données courantes sur les tendances.

- Évaluation des préjudices et des coûts : l'étude du CCLT sur les coûts de l'abus de substances au Canada est considérée comme un progrès important à cet égard.

- Facteur de récupération (ressort psychologique) : plusieurs répondants ont mentionné l'étude de Santé Canada sur ce sujet (voir : Mangham et coll., 1995, cité dans la Partie II : Analyse bibliographique).

Les lacunes de l'information

Les répondants ont identifié un certain nombre de lacunes ou de défis à venir à l'égard de l'information.

- La toxicomanie chez les Autochtones.

- Les forces de motivation ayant trait à l'abus et au mésusage des substances psychoactives.

- Les effets des modalités de traitement (notamment de l'abstinence); le traitement des jeunes mères, des femmes enceintes et de leurs enfants, des délinquants criminels.

- La consommation de marijuana.

- L'information généralisable sur ce qui marche en termes de prévention (surtout en matière de prévention secondaire).

- Les données sur les tendances et sur les salles d'urgence : il faut continuer de les obtenir pour garder le contact avec la situation concrète.

- Les caractéristiques de consommation (information sur la façon dont les substances sont consommées, quand, où, etc. et non pas seulement sur le nombre de consommateurs et le volume de consommation) comme base d'établissement des modes d'intervention.

- Les comportements à risque élevé (conduite dangereuse) associés à la conduite avec facultés affaiblies.

- Les coûts de la criminalité associée à la toxicomanie.

- Les instruments normalisés appliqués à la toxicomanie, pour les besoins des comparaisons internationales.
- La relation entre la toxicomanie et le modèle de la santé de la population.
- L'abus de drogues licites et ses répercussions sur le système de santé.

Quelle information a-t-on diffusé, comment l'a-t-on diffusée et à qui était-elle adressée?

Les répondants ont identifié toute une gamme de produits d'information, notamment des rapports de recherche, des analyses bibliographiques, des résultats d'analyse de drogues, des fiches techniques, etc.

Le CCLT est reconnu comme le mécanisme principal de diffusion de l'information, sur support papier comme sous forme électronique. La plupart des répondants n'ont pas fait de remarques détaillées sur le rendement du CCLT dans la diffusion de l'information, mais sa présence sur Internet a été signalée par plusieurs comme un progrès important.

Les répondants étaient d'avis que l'information a touché un large public, notamment les membres de la collectivité, les autres administrations gouvernementales et les intervenants du domaine (intervenants en toxicomanie, police, etc.). Ils ont déclaré que certaines données anecdotiques attestaient que l'information produite au cours de la Phase II de la SCA est demandée et utilisée par d'autres pays.

Répercussions de la base d'information

Tout en admettant qu'il est difficile d'attribuer des répercussions précises à la base d'information de la Phase II de la SCA étant donné l'éventail des ressources disponibles, beaucoup de répondants estiment que les réseaux et les produits d'information créés au cours de la Phase II de la SCA ont contribué à l'élaboration de politiques et de programmes sur les questions entourant l'abus de substances à l'échelle communautaire, régionale, nationale et internationale. Ils ont également donné quelques exemples de fécondation mutuelle des questions (ex. : toxicomanie et sida). Voici quelques exemples de répercussions de l'information sur les politiques et les programmes.

- L'inventaire des programmes de prévention destinés aux Autochtones a été diffusé dans les collectivités autochtones.

- Le document intitulé *La vérité guérit* a été diffusé par l'intermédiaire d'organismes autochtones nationaux et a servi de document cadre à la DGSM.

- Le système NARCON a été fourni aux NU (l'information est également fournie aux chercheurs sur demande).

- Dans le cadre du partage inter-régional de l'information, la Région de l'Atlantique a notamment distribué un manuel pour les jeunes, des vidéos, des cahiers (un manuel sur les groupes d'entraide pour les femmes en voie de guérison), etc. dans la région et dans d'autres régions.

- Un atelier sur la durabilité (organisé en collaboration avec l'unité DAO) donné lieu à la distribution de 140 exemplaires du rapport d'atelier aux membres de projets SCA de la région et à des groupes.

Plusieurs répondants ont fait remarquer que les délais de collecte et de diffusion de l'information étaient des obstacles. Ils ont laissé entendre qu'on pourrait exploiter plus largement les forums de partage de l'information à des stades plus précoces (tables rondes, téléconférences, Internet, etc.). Un autre répondant a fait remarquer que les délais sont indissociables de la recherche empirique, longitudinale, dont les résultats sont généralement diffusés d'abord sur la scène universitaire.

F. LES RESSOURCES (Q36 - Q41)

Comment les ressources ont-elles été utilisées?

Dans l'ensemble, les répondants ont déclaré que les ressources de la SCA ont été utilisées dans toutes sortes de secteurs, notamment dans le cadre des activités d'élaboration de politiques et de programmes, de la recherche, des activités de sensibilisation du public et de marketing social, de l'élaboration et de la diffusion de l'information, du développement d'une base d'information, du développement de réseaux et des activités internationales.

Les répondants ont mentionné toutes sortes de réalisations qui n'auraient pas été possibles sans les ressources de la Phase II, notamment ce qui suit.

- La plupart des programmes de prévention de la Phase II n'auraient pas existé autrement. Le financement de base aurait seulement permis à Santé Canada de fournir des données spécialisées de contenu au Ministère (et à d'autres projets ou stratégies) et de procéder à des études limitées ou d'élaborer des politiques limitées.

- Il n'y aurait eu ni recherche, ni marketing social ni projets communautaires sans les ressources de la Phase II.

- Concernant les collectivités autochtones, il n'y aurait eu ni projets de prévention de l'abus de substances chez les jeunes, ni élaboration de projets dans les réserves, ni élaboration de projets hors-réserve (ex. : études sur la consommation de solvants[4]) sans les ressources de la Phase II de la SCA.

- Dans le secteur de la protection de la santé, les bases de données et l'élaboration de liens et de directives avec les professionnels de la santé ont été améliorées grâce aux ressources de la Phase II.

Rentabilité de la Phase II

La majorité des répondants ont déclaré qu'ils ne disposaient pas de «preuves concrètes» de la rentabilité des activités de la Phase II parce que la Phase II ne comportait pas de solide mécanisme d'évaluation capable de mesurer le rendement à plus long terme[5]. Les répondants n'ont pas pu faire d'observations sur la rentabilité comparée de la Phase II et de la Phase I de la SCA, parce que chaque phase avait sa propre orientation.

Certains répondants ont cependant circonscrit des secteurs où, de leur avis, la Phase II avait été rentable, à savoir grâce à :

- une collaboration accrue au sein de Santé Canada et entre le Ministère et les autres ministères fédéraux, dont on estime qu'elle est une méthode plus efficace que les

---

[4] Selon les représentants de Santé Canada, la consommation de solvants peut englober l'inhalation de produits adhésifs (ex. : colle) et d'aérosols aussi bien que des solvants; l'expression «substances inhalées» est plus générale.

[5] Voir plus loin la section sur les répercussions des coupures budgétaires.

actions indépendantes (quelques répondants estiment qu'on aurait pu rentabiliser encore plus la Stratégie en adoptant un système de financement plus horizontal);

- une amélioration des systèmes d'information, qui, en fin de compte, permettront de mieux utiliser les ressources et de partager l'information (par exemple entre les organismes de santé et les organismes d'exécution de la loi).

Pour finir, plusieurs répondants ont fait remarquer que la Phase I avait jeté les fondements de la Phase II et que, pour saisir les retombées des deux phases, il fallait en fait une Phase III, qui les intègrerait et en tirerait les leçons.

Répercussions des coupures budgétaires

En règle générale, les répondants ont déclaré que les coupures budgétaires subies au cours de la Phase II de la SCA avaient réduit la portée de ce qui aurait pu (et aurait dû) être réalisé.

Les répondants ont déclaré que les coupures budgétaires avaient eu les répercussions suivantes.

- Retards : les coupures ont retardé l'achèvement des systèmes d'information.
- Perte de connaissances : les coupures ont fait perdre des occasions de tirer les leçons de la Phase II surtout que les résultats commençaient à s'accumuler vers la fin de la Stratégie.
- Confiance : la crédibilité de Santé Canada dans ses relations avec les provinces, les partenaires communautaires et les groupes clients a été compromise par le gel des fonds.
- Perte de compétences : on a le sentiment que les départs et les réaffectations ont entamé le niveau de compétences au Ministère[6].

[6] Remarque : nous ne pouvons pas objectivement déterminer si c'est le cas étant donné la difficulté à retracer le personnel associé à la SCA depuis le démantèlement du SSCA et la réorganisation de Santé Canada.

- Quant au CCLT, il était financé à 100 % par le gouvernement fédéral en 1992. Aujourd'hui, la Phase II le finance directement à 60 % seulement, et le reste est assumé par la province et le secteur privé ainsi que certaines ressources contractuelles précises (ex. : du gouvernement fédéral).

Répercussions du non-renouvellement de la Phase II

Les répondants (à une exception près) ont tous déclaré que le non-renouvellement aurait des répercussions très négatives sur le profil des questions entourant l'abus de substances psychoactives au Canada. La plupart des répondants ont déclaré implicitement ou explicitement que ces questions devraient être une priorité nationale en raison des préjudices causés aux particuliers, aux familles et à la société canadienne. Si l'on n'aborde pas durablement ces questions, on risque la régression. Plusieurs répondants estiment que les Canadiens risquent de voir augmenter les problèmes d'abus de substances, comme on le voit aux États-Unis, où la consommation de drogues parmi les jeunes augmente. Les problèmes associés aux groupes à risque seront toujours les mêmes.

Quelques répondants ont fait remarquer que l'on n'a pas annoncé publiquement le non-renouvellement de la Stratégie et que l'on verra une réaction plus ample de la collectivité une fois que cela sera connu plus largement.

Beaucoup de répondants se sont dits inquiets du non-renouvellement du mandat du CCLT, dont on considère qu'il a fait beaucoup dans l'élaboration et la diffusion d'une base de connaissances sur l'abus des substances psychoactives malgré les coupures budgétaires fédérales.

Voici les remarques les plus courantes sur les répercussions du non-renouvellement de la SCA.

- Baisse de profil national : sans une orientation nationale (établissement de normes et de directives nationales), on risque, selon les répondants, de perdre des compétences et de voir les approches se fragmenter dans tout le pays.

- Affaiblissement de la coordination dans les programmes de prévention et affaiblissement de la collaboration entre la prévention et l'exécution de la loi.

- La coordination ne sera pas entravée dans les programmes destinés aux Autochtones ni dans le secteur de la protection de la santé, car elle y existe au sein des structures déjà en place.

- Les systèmes d'information ne seront pas aussi complets.

- Baisse de profil et d'influence sur la scène internationale : la position du Canada en matière de lutte contre la toxicomanie est considérée comme très équilibrée et novatrice. Cela a permis au Canada d'influer sur l'ordre du jour international (ex. : préparer le terrain pour une déclaration des NU sur les principes de la prévention). L'année 1998 est une année clé pour les NU en matière de drogues, et sans une stratégie en place, la crédibilité du Canada dans ce domaine sera compromise : nous risquons de nous faire reprocher de ne pas avoir tenu nos engagements. C'est particulièrement important au regard du soutien grandissant accordé par des organismes comme les NU et l'OEA à une stratégie à l'échelle de l'hémisphère.

- L'accent mis sur la réduction de la demande sera perdu, et le problème risque d'être redéfini du point de vue de la réduction de l'offre et de l'exécution de la loi, ce qui va à l'encontre de la pensée actuelle.

- La collision entre les préoccupations relatives à l'abus de substances et le modèle de la santé de la population (et ultérieurement d'autres projets comme le sida) peut également contribuer à la fragmentation; la dimension VIH/SIDA de l'abus de substances risque de prendre une importance disproportionnée dans les priorités par rapport à d'autres aspects de la toxicomanie.

- L'industrie de l'alcool connaîtra moins d'obstacles et d'opposition et en profitera pour inciter à la consommation.

- L'analyse de drogues risquerait de prendre un retard qui aura des répercussions négatives sur le système de justice pénal et le traitement des affaires criminelles.

- Du côté des populations autochtones, on s'inquiète du fait que les projets hors-réserve (considérés par beaucoup comme l'un des succès de la SCA) deviendraient plus vulnérables.

- On s'inquiète aussi en général du fait que les jeunes ne seraient peut-être plus au centre des projets.

Solutions de rechange

Les répondants ont été généralement incapables de proposer des solutions de rechange au financement fédéral.

Pour ce qui est du CCLT, on a fait remarquer qu'il ne dépend plus que pour 60 % du financement fédéral, mais sa longévité est sérieusement en question.

Certains répondants ne croient pas que les questions d'abus de substances seront abordées comme il convient dans le cadre du modèle de la santé de la population. Beaucoup s'inquiètent a) du caractère abstrait du modèle et de sa capacité à être effectivement mis en pratique et b) de ce que les questions d'abus de substances risquent de toutes façons de passer au second plan dans la compétition pour des ressources limitées entre des questions de santé plus pressantes pour le public (comme le sida, par exemple).

ANNEXE TECHNIQUE
ENTREVUES AVEC DES REPRÉSENTANTS DE SANTÉ CANADA ET DES PARTENAIRES FÉDÉRAUX

A. Liste des représentants de Santé Canada et des partenaires fédéraux rencontrés en entrevue

B. Guide d'entrevue

A. Liste des représentants de Santé Canada et des partenaires fédéraux rencontrés en entrevue

Santé Canada

Jim Anderson
consultant de programme
Bureau de l'alcool, des drogues et des questions
de dépendance
Santé Canada

Denise Annett
consultante de programme
Direction des politiques et de la coordination des contributions
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada

Colin Broughton
directeur régional
Région de l'Ontario
Bureau de surveillance des médicaments
Direction générale de la protection de la santé

Janet Binks
conseillère principale
Guérison et bien-être
Division du soutien des programmes de santé
Direction générale des services médicaux
Santé Canada

Pete Conley
consultant
Bureau de planification et de gestion
Division du vieillissement et des aînés
Direction de la santé de la population
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada

Mike DeGagné
négociateur principal
Revendication de l'Association inuit du Labrador
Affaires indiennes et du Nord Canada
(auparavant à la Direction générale des services médicaux de Santé Canada)

Ken Horsman
consultant
Bureau de la Région des Prairies
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada

Diane Jacovella
cadre
Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance
Santé Canada

Odette Johnson
cadre int.
Prévention
Direction générale des services médicaux
Santé Canada

Johanna Laporte
agent de programme
Division du marketing et des partenariats
Direction des politiques de recherche et de programme
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada

Bruce Lodge
chef de la Section de chimie
Division des produits pharmaceutiques et chimiques
Centre de recherche de l'Institut Banting
Bureau de recherche sur les médicaments
Direction générale de la protection de la santé

Betsy MacKenzie
consultante, recherche nationale sur la prévention
Programmes de prévention et d'action communautaire
Division de la coordination des politiques et des programmes concernant le VIH/SIDA
Direction de la santé de la population
Santé Canada

Patricia MacNeil
analyste de politique et de recherche
Division de l'analyse des programmes et des recheches
Direction des politiques de recherche et de programme
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada

Ziggie Malynivsky
Organisation des États américains
(ancienne directrice exécutive du SSCA
Santé Canada)

Cathy Mattern
analyste de politique
Bureau de la santé des femmes
Santé Canada

Sandra Murray
consultante
Éducation en santé
Service de la promotion de la santé (travail et éducation)
Division des modes de vie et des milieux sains
Direction des systèmes de santé
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada

Michel Perron
(auparavant au SSCA)
analyste de politique principal
Groupe de la stratégie d'exécution de la loi
Direction de la politique et de l'exécution de la loi
Secrétariat du Solliciteur général

Irene Rose
consultante de programme
Bureau régional de l'Atlantique
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada

Judith Ross
directrice int.
Division du soutien des programmes de santé
Direction générale des services médicaux
Santé Canada

Bruce Rowsell
directeur
Bureau de la surveillance des médicaments
Direction générale de la protection de la santé

Roy Sampson
cadre
Direction de la planification et de la coordination de la gestion
Division de la planification et de la coordination
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

Jacques LeCavalier
directeur exécutif
Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

Secrétariat du Conseil du Trésor

David Chaikoff
analyste de révisions
Secrétariat du Conseil du Trésor

Partenaires fédéraux

Helen Banulescu
chef
Groupe de l'exécution de la loi
Direction de la police et de l'exécution de la loi
Division des politiques et de la recherche

Surintendant en chef René Charbonneau
agent responsable
Direction générale de l'exécution de la loi en matière de drogues
Gendarmerie royale du Canada

Judith Huska
coordonnatrice
Questions internationales relatives aux drogues
Affaires étrangères et Commerce international Canada

Brian Jonah
chef
Usagers de la route
Direction de la sécurité routière
Transports Canada

Lisa Soboda
sous-directrice
Division des communications intégrées
Affaires étrangères et Commerce international

B. Guide d'entrevue

Introduction

Les intervieweurs fourniront les renseignements suivants aux répondants avant de commencer l'entrevue :

La Stratégie canadienne anti-drogue a 5 ans; il s'agit d'un projet ministériel qui a commencé en 1992 et prendra fin le 31 mars 1997. Il s'appuie sur les réalisations du projet antérieur, la Stratégie nationale antidrogue, en vigueur de 1987 à 1992.

La Phase II de la SCA est censée améliorer l'efficacité des programmes canadiens de lutte contre l'abus de substances psychoactives. *Elle était censée le faire en améliorant la coordination, en étoffant la base d'information sous-tendant les décisions relatives aux politiques et aux programmes, en ciblant les ressources en fonction de sous-populations à risque élevé et en complétant les ressources des programmes.*

Santé Canada a joué un rôle de premier plan dans ce projet. Notre cabinet, Jamieson, Beals, Lalonde, a été chargé d'évaluer l'efficacité de la Phase II de la SCA dans la consolidation des programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle. Nous nous sommes intéressés au rôle de Santé Canada dans l'amélioration des programmes grâce à un meilleur ciblage, une meilleure coordination à tous les niveaux et une amélioration de la base de connaissances sur la toxicomanie.

Avant de commencer l'entrevue, je veux vous rappeler qu'elle a un caractère confidentiel et que vous ne serez pas nommé dans le rapport.

Orientation

1. Que savez-vous de la Phase II de la SCA? Quels y ont été votre rôle et votre participation?

   Votre rôle :

   Votre degré de participation :

   Durée :

Objectifs et réalisations de la SCA

2. Selon vous, en quoi la Phase II devait-elle permettre de consolider les programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle de Santé Canada? (Quelles ont été le stratégies clés et leur importance relative : ciblage, coordination, information, ressources?) Quelles différences importantes voyez-vous entre la Phase I et la Phase II?

3. Selon vous, qu'est-ce que la Phase II a permis aux programmes de Santé Canada de réaliser? (Les programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle de Santé Canada ont-ils été consolidés au cours de la Phase II de la SCA? Si oui, qu'a-t-on accompli et comment l'a-t-on accompli?)

4. Quels sont les facteurs hors SCA qui ont joué un rôle dans les réalisations et les problèmes de la Phase II?

Le ciblage

L'une des stratégies adoptées pour améliorer les programmes a été leur ciblage en fonction de populations à risque. Cela constituait une réorientation par rapport aux programmes destinés à la population générale de la Phase I.

5. Quelles étaient les raisons de cette réorientation?

6. En fonction de quels devait-on cibler les programmes de la Phase II?

7. Étant donné votre expérience de la Phase II, le ciblage s'est-il concrétisé (donnez des exemples, des preuves)?

8. Y a-t-il eu des différences dans le ciblage des groupes à risque selon les secteurs d'activité (ex. : marketing social, éducation et formation, recherche et élaboration de

l'information, financement communautaire, élaboration de politiques et de programmes à l'échelle nationale)?

9. Les programmes de la Phase II ont-ils été plus efficaces en raison du ciblage? Si oui, en quoi?

10. Les cibles actuelles sont-elles toujours valables? Si oui, les stratégies de ciblage actuelles sont-elles toujours valables?

11. Y aurait-il d'autres cibles plus valables? Si oui, pourquoi?

12. Qu'avons-nous appris du ciblage des programmes en fonction des populations à risque?

La coordination

La Phase II de la SCA devait permettre d'améliorer la coordination et la collaboration à bien des niveaux, notamment au sein de Santé Canada, entre les ministères fédéraux et avec les autres partenaires ainsi qu'entre les programmes et les politiques de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle.

13. Pourquoi fallait-il apporter des améliorations et comment envisageait-on la coordination et la collaboration au début de la Phase II? (Quels étaient les niveaux et le stypes de coordination jugés le plus nécessaires/importants/cruciaux?)

14. Qu'est-ce que l'amélioration de la coordination et de la collaboration devait permettre de réaliser? (Avait-on fixé des objectifs? Sinon, quels étaient d'après vous ces objectifs?)

15. Quelles étaient vos attentes à l'égard du rôle de SSCA dans la coordination de la Stratégie?

16. À votre avis, les ressources du SSCA suffisaient-elles à répondre à ces attentes?

17. Comment la coordination et la collaboration ont-elles été concrétisées?

    i. Quels mécanismes (formels et informels) a-t-on mis en place dans le cadre de la Phase II pour concrétiser la coordination et la collaboration? (Quels étaient les rôles spécifiques de ces mécanismes?)

    ii. Quelle a été l'efficacité de ces mécanismes?

    iii. Ces mécanismes de coordination auraient-il existé sans la Phase II de la SCA?

18. En quoi la Phase II a-t-elle permis d'améliorer la coordination et la collaboration?

    À Santé Canada

    Avec les partenaires fédéraux

    Avec les autres administrations gouvernementales (prov./territ.)

    À l'échelle internationale

    À l'échelle nationale

    À l'échelle régionale

    À l'échelle communautaire

19. La coordination et la collaboration ont-elles été une valeur ajoutée dans le cadre de la Phase II? Quels en ont été les avantages? Les inconvénients?

    i. Le ciblage des programmes a-t-il eu des répercussions sur la coordination et la collaboration entre la Phase II de la SCA et d'autres projets de Santé Canada (si oui, en quoi?)?

20. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait du degré de coordination et de collaboration obtenu?

21. A-t-on encore besoin de coordination et de collaboration? Si oui, comment devrait-on les concrétiser? Sinon, pourquoi?

22. Le SSCA a été démantelé en 1996. Quelles ont été les répercussions de ce changement sur la coordination et sur votre programme?

23. Quelles seraient les répercussions du non-renouvellement des mécanismes de coordination et de collaboration dans ce domaine?

24. **POUR LES RÉPONDANTS DE SANTÉ CANADA SEULEMENT :**
Quelles étaient les relations hiérarchiques ministérielles dans le cadre de la SCA et étaient-elles claires? efficaces?

La base d'information

La Phase II de la SCA était censée améliorer la base d'information du Canada sur les questions entourant l'abus de substances psychoactives. Plus précisément, dans votre secteur :

25. En quoi l'élaboration, le développement et (ou) la diffusion de l'information ont-ils été améliorés dans le cadre de la Phase II? (Veuillez considérer aussi bien la collecte de données que d'autres types d'activités d'amélioration de la base d'information et faire la distinction entre stratégies traditionnelles et non traditionnelles de collecte et de diffusion de l'information.)

26. Quels types d'information devait-on améliorer ? (ex. : information sur les populations à risque (si oui, lesquelles), etc.)

27. Quelles améliorations a-t-on effectivement apportées à la collecte/diffusion de l'information? S'il n'y en a pas eu, pourquoi?

28. En quoi ces améliorations ont-elles élargi nos connaissances dans les secteurs suivants :

    i. Facteurs de risque associés à la consommation et à l'abus de substances psychoavtives.

    ii. Populations à risque (enfants, adolescents, jeunes adultes, jeunes marginaux, femmes, personnes âgées, Autochtones hors-réserve, conducteurs risquant de conduire en état d'ivresse (délinquants primaires et récidivistes)).

    iii. Caractéristiques et tendances concernant la consommation d'alcool et d'autres drogues au Canada.

    iv. Évaluation des préjudices et des coûts associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

    v. Facteurs de récupération (ressort psychologique).

    vi. Autre.

29. Quelles lacunes reste-t-il dans le domaine de l'information?

30. Quelles sont les améliorations spécifiques qui ont été apportées à la diffusion de l'information? (Observe-t-on des différences entre la Phase I et la Phase II dans la manière de communiquer l'information?)

31. Quel type d'information a-t-on diffusé et à qui s'adressait-on? (Veuillez préciser le type de produit, le public visé et le mode de diffusion.)

32. Comment s'est-on servi de l'information améliorée et qui s'en est servi? (Veuillez donner des exemples : élaboration/changement de protocoles, d'énoncés de politique, de règlement, de loi, de pratique de travail, de types de projets proposés/financés, de programmes.)

33. Les améliorations apportées à l'information ont-elles eu des répercussions sur les programmes de Santé Canada? Si oui, quelle(s) sorte(s) de répercussions ont-elles eues? Sinon, pourquoi?

34. Quelles ont été les répercussions de l'amélioration de l'information et de sa diffusion sur les programmes de prévention et (ou) d'exécution de la loi et de contrôle?

    i. L'information produite dans le cadre de la Phase II a-t-elle été utilisée concrètement? (ex. : ciblage du marketing social, des communications et des projets d'action communautaire, modification/élaboration de lois, de règlements, etc.)

    ii. Quelles ont été les répercussions de l'amélioration de l'information produite par la Phase II à l'égard, par exemple, du sida, de la violence familiale, de la santé des femmes, des personnes âgées ou d'autres?

    iii. A-t-on eu des difficultés à se servir de l'information pour améliorer les programmes? (exemple : collecte d'information à contre-temps, problèmes de diffusion, manque de clarté, d' opportunité, de pertinence de l'information, etc.,)

35. L'amélioration de la base d'information a-t-elle eu des répercussions sur les programmes des partenaires externes?

Les ressources

36. Comment les ressources de la Phase II ont-elles été utilisées dans votre secteur? (Veuillez faire des observations sur l'affectation des ressources entre les groupes à risque, secteurs d'activité et programmes de prévention, d'exécution de la loi et de contrôle.)

37. Qu'est-ce que le supplément de ressources vous a permis de réaliser, que vous n'auriez pas pu faire autrement?

38. La Phase II a-t-elle rendu les programmes plus rentables qu'ils ne l'étaient dans la Phase I? Si oui, en quoi?

39. Quelles ont été les répercussions des coupures budgétaires de la Phase II?

40. Quelles seront les répercussions du non-renouvellement de la SCA sur les programmes de Santé Canada en matière de drogues?

41. Existe-t-il des solutions de rechange aux ressources de la Phase II?

42. Voulez-vous nous faire part d'autres préoccupations ou faire d'autres observations?

1. Liste basée sur les documents examinés. Nous avons intégré les changements proposés par le personnel du ministère qui l'a analysée.